فقه وأخلاقيات مهنة الطب

منهج الأركان الأربعة



محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

النسخة الإلكترونية

فقه وأخلاقيات مهنة الطب

منهج الأركان الأربعة

تأليف

محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

أكاديمي سابق بكلية الطب

جامعة الملك سعود بن عبد العزيز للعلوم الصحية، جدة

الطبعة الأولى — النسخة الإلكترونية

1448هـ / 2026م

بطاقة الفهرسة أثناء النشر — مادة إلكترونية

ح محمد سعيد الغامدي ، ١٤٤٨هـ

الغامدي ، محمد سعيد حسن

«فقه وأخلاقيات مهنة الطب: منهج الأركان الأربعة». / الغامدي ، محمد سعيد حسن .- جدة ، ١٤٤٨هـ

رقم الإيداع: ١٤٤٨/٨٤٧٧

ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٠٧-٠٩٩٩-١

الطبعة الأولى 1448هـ / 2026م · **الناشر:** محمد سعيد الغامدي · dmshgg@gmail.com

إجازة المطبوعة (كتاب إلكتروني) — الهيئة العامة لتنظيم الإعلام

رقم التسجيل: 202610255897749 · تاريخ التسجيل: 25/10/2026م

صدرت هذه النسخة الإلكترونية بالتزامن مع النسخة الورقية (ردمك: 978-603-07-0142-1)، ونصّهما واحد.

حقوق النشر والترخيص

© 1448هـ / 2026م محمد سعيد حسن الغامدي. هذه النسخة الإلكترونية مرخّصة بموجب رخصة المشاع الإبداعي: نَسب المُصنَّف – غير تجاري – منع الاشتقاق 4.0 دولي (CC BY-NC-ND 4.0).

يُسمح بنسخها وتداولها مجانًا بأي وسيلة، بشرط نسبتها إلى المؤلف، وتداولها كاملةً دون تعديل أو اقتطاع، وألّا تُباع أو تُستعمل لأغراض تجارية. أما حقوق الطباعة والنشر الورقي والترجمة والأعمال المشتقة فمحفوظة للمؤلف، ولا تكون إلا بإذن كتابي منه.

أحدث إصدار من هذا الكتاب متاح دائمًا على الرابط الرسمي:

drive.google.com/file/d/1SidJ3qe9CZ-hgsS15IFWQJp7PNviB-zY

الإصدار الإلكتروني 1.0 — نوفمبر 2026م. للملاحظات والتصويبات:

dmshgg@gmail.com

إهـداء

إلى والديّ الكريمين،

عرفانًا بفضلهما وجميل إحسانهما،

رحم الله والدتي، وأمدّ في عمر والدي بالصحة والعافية،

أهدي هذا الكتاب.

تقديم المؤلف

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على نبينا محمد، وعلى آله وصحبه أجمعين، وبعد:

فقد قضيتُ -ولله الحمد -أكثر من عشـــرين عامًا في تدريس مادة فقه وأخلاقيات مهنة الطب لأطباء الدراســات العليا في تخصــص طب الأســرة، ولطلاب الطب والمهن الصحية في كلية الطب بجامعة الملك سعود بن عبد العزيز للعلوم الصحية بجدة. وكان الطلاب في كل دفعة يأتون بأسئلة من صميم عملهم: مريض يرفض العلاج، وأسرة تطلب كتمان التشخيص، وقرار في نهاية الحياة لا يحتمل التأجيل، ونظام يُسأل عنه في اللحظة نفســها التي يُســأل فيها عن الحكم الشــرعي. وكنت أبحث لهم عن مرجع واحد يجمع الجواب، فلا أجد إلا كتبًا متفرقة: هذا في الفقه، وذاك في الأخلاقيات، وثالث في النظام، ورابع في الطب، ولا يكاد أحدها يلتفت إلى الآخر.

وتبيّن لي على مدى تلك السنوات صعوبة إيجاد مرجع شامل مناسب لطلبة الطب وأطباء الدراسات العليا وبقية الممارسين الصحيين؛ مرجع يُقرأ في جلسة تعلّم، ويُرجع إليه عند القرار، ويحترم عقل الطبيب ولا يحمّله أكثر مما يحتاج. فعزمت على تأليف كتاب يجمع بين أصالة الفقه وحجة الدليل، والمعلومة الطبية الدقيقة، وقوة النظام، ورحمة الأخلاق، وسمو المهنة الطبية؛ لا يقدّم جانبًا منها على حساب الآخر، بل يضعها معًا أمام الحالة الواحدة كما تقع في العيادة وفي غرفة العناية وفي قسم الطوارئ.

ومن هنا جاء بناء الكتاب على نموذج الأركان الأربعة: ما يقوله الطب، وما تقوله الأخلاق، وما يقوله الفقه، وما يقوله النظام -ثم قرار مهني موزون يجمع بينها. فكل فصل يشرح أسس موضوعه بلغة ميسّرة، ثم يعرض حالات تطبيقية محللة بهذا المنهج، ثم يختم بأسئلة يختبر بها القارئ فهمه، ومراجع يعرف منها من أين يأخذ التوسّع. وقد حرصت أن يكون ما يُنسب فيه إلى فتوى أو قرار أو نظام موثقًا برقمه وتاريخه، ليكون الكتاب معينًا على القرار لا مجرد كلام عنه.

وفي الختام، فبعد توفيق الله وحده، لأهل العلم والطب فضلٌ على هذا الكتاب لا

أبلغ وفاءه: مؤلفاتٌ وبحوثٌ وفتاوى هي التي حرّرت لي مسائله، وقوّمت ما اعوجّ من نظري فيها. فمن الفقهاء: سماحة الشيخ الإمام عبد العزيز بن باز، وفضيلة الشيخ العلامة محمد بن صالح العثيمين، ومحدّث العصر الإمام محمد ناصر الدين الألباني -رحمهم الله جميعًا -ومعالي الشيخ العلامة الدكتور عبد الله بن بيه، وفضيلة الشيخ الدكتور محمد المختار الشنقيطي، ومعالي الشيخ الدكتور قيس بن محمد المبارك، وفضيلة الشيخ الدكتور صالح بن فوزان الفوزان. ومن أهل هذه المهنة: شيخ هذا العلم فضيلة الدكتور محمد علي البار، وسعادة الأستاذ الدكتور جمال الجار الله، وسعادة الأستاذ الدكتور زهير السباعي، والدكتور حسان باشا، وسعادة الأستاذ الدكتور أمين كشميري؛ وغيرهم كثير من المشايخ وعلماء الفقه وأساتذة المهنة الطبية ممن لهم -بعد الله - الفضل فيما في هذا الكتاب من خير. كما أشكر أبنائي وطلابي على مدى هذه السنين؛ فأسئلتهم هي التي صاغت مسائل هذا الكتاب، واعتراضاتهم هي التي هذّبت أجوبته.

وما كان في هذا الكتاب من صواب فمن الله وحده، وما كان فيه من خطأ أو نقص فمني، وأرجو ممن وقف على شيء من ذلك أن يدلّني عليه؛ فالعلم يُصحَّح بالمراجعة، والمهنة تُبنى بالنصيحة.

والله أسأل أن ينفع به من كتبه ومن قرأه، وأن يجعله عونًا لكل ممارس صحي على أن يجمع بين إتقان العمل وحسن القصد.

محمد سعيد الغامدي

استشاري طب الأسرة

مدرس مادة أخلاقيات المهنة وأكاديمي بكلية الطب

جامعة الملك سعود بن عبد العزيز للعلوم الصحية، جدة

dmshgg@gmail.com

1448هـ / 2026م

مقدمة

لمن هذا الكتاب؟

هذا الكتاب لك أنت: طالبَ الطب والعلوم الصحية، وطبيبَ الامتياز، والمقيمَ في سنواته الأولى. لست بحاجة في هذه المرحلة إلى أن تكون فقيهًا ولا قانونيًّا، لكنك ستقف -في أول مناوبة لك تقريبًا -أمام سؤال لا يجيب عنه كتاب الفسيولوجيا: مريض يرفض علاجًا تراه ضروريًّا، أو أسرة تطلب منك أن تكتم عنه تشخيصه، أو زميل يسألك عن ملف مريض لا يعالجه، أو خطأ وقع منك ولا تدري كيف تُخبر به. وهذه الأسئلة لا تُحلّ بحسن النية وحدها؛ بل لها **أصول** يُقاس عليها، و**نصوص** تحكمها، و**طريقة** في التفكير تُتعلَّم.

يعالج الكتاب معضلات الممارسة الصحية في سياقها السعودي: بنصوص الأنظمة النافذة، وقرارات المجامع الفقهية والفتاوى بأرقامها، والأدلة الطبية -في واحد وخمسين فصلًا تغطي ما يواجهه الممارس من أول لقاء بالمريض إلى نهاية الحياة، ومن غرفة العمليات إلى الذكاء الاصطناعي.

كيف بُني كل فصل؟

يتكون كل فصل من أجزاء لكل واحد منها وظيفة:

أولًا: الشرح الميسر. بلغة مباشرة، يبدأ بسؤال «لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟»، ثم يشرح المفاهيم الأساسية، والقواعد الحاكمة، والأساس الشرعي، والنصوص النظامية التي تحكم عملك في المملكة، ثم «أين يقع الخطأ عادةً؟» وخلاصة عملية. والفصول الثلاثة الأولى -مفهوم الأخلاق، ومدخل الفقه، والمعضلات الطبية الفقهية -تُقرأ بنصها التام لأنها أساس ما بعدها؛ ويُختم الكتاب بالفصل الحادي والخمسين في محطات المهنة التاريخية.

ثانيًا: الحالات التطبيقية. في كل حالة سترى الأركان الأربعة تعمل معًا: ما يقوله الطب، وما تقوله الأخلاق، وما يقوله الفقه، وما يقوله النظام -ثم قرارًا مهنيًّا موزونًا يجمع بينها. وعدد الحالات في الفصول الأساسية ثلاث، وفي بقية الفصول حالتان، وما زاد على ذلك محفوظ في المادة الموسعة الرقمية (انظر آخر هذه المقدمة). وتليها في أكثر الفصول «مواقف متكررة وجوابها المختصر» لما يتكرر في العمل اليومي. وتُختم كل حالة بفقرة **«القرار المهني الموزون»** التي تجيب عن سؤال «ماذا أفعل الآن؟» جوابًا محددًا

ومعللًا: ما الفعل، وما حدوده، وما الذي استُبعد ولماذا، ومتى يُراجَع.

ثالثًا: أسئلة اختيار من متعدد مع مفتاح إجاباتها -خمسة أسئلة في الفصول الأساسية، وثلاثة في بقيتها. وأكثرها مواقف عملية لا حفظ؛ فإن أخطأت في سؤال فارجع إلى الحالة أو المبحث الذي بُني عليه، فذلك أنفع من حفظ الإجابة.

رابعًا: مراجع الفصل. كلما ذُكر في الملخص أو في الحالات قرارٌ أو فتوى أو نظامٌ أو دراسة وجدت بعده رقمًا بين معقوفتين يحيلك إلى مرجعه في آخر الفصل، والضغط على الرقم ينقلك إليه في النسخة الإلكترونية. ولم يُثبَت في كل فصل إلا ما أُحيل إليه فعلًا، مرتبًا بحسب أول ورود؛ فإذا أردت التوسع في نصٍّ أو قرارٍ عرفت من أين تأخذه. وفي آخر الكتاب كشافٌ جامع بالفتاوى والقرارات والأنظمة، ومسردٌ للمصطلحات، وفهرسٌ موضوعي.

مراتب الأحكام في هذا الكتاب

ليس كل ما يُذكر في الكتاب من أحكام في مرتبة واحدة، والقارئ الذي يميز المراتب يحسن الاستدلال ولا يصنع قطيعة زائفة بعبارة «الحكم الشرعي» فيما هو اجتهادي. ولذلك تُنسب الأحكام في المتن إلى مصادرها، ويختم كل فصل بجدول موجز لمراتب أحكامه الرئيسة على هذا السلم:

المرتبة	معناها	كيف تُقرأ
نص قطعي	آية أو حديث صحيح صريح الدلالة في محل الاستدلال، أو إجماع منعقد	لا اجتهاد معه، وهو نادر في تفاصيل النوازل الطبية
نص محتمل الدلالة	نص ثابت يُستدل به لكن تنزيله أو دلالته التفصيلية محل اجتهاد	لا يُقدَّم بوصفه حسمًا منفردًا، ويُذكر معه وجه الاستدلال
قول راجح	ما اتفق عليه جمهور المعاصرين أو المجامع مع خلاف مرجوح	يُعمل به ويُذكر الخلاف بلا تهوين
قرار مجمعي	قرار اجتهاد جماعي (مجمع الفقه الإسلامي الدولي، المجمع الفقهي الإسلامي، هيئة كبار العلماء)	أقوى ما يُبنى عليه في النوازل، وبعضه أُدرج في نظام فصار ملزمًا
فتوى	جواب جهة إفتاء معتبرة عن واقعة بعينها	لا تُنقل إلى حالة أخرى إلا بتطابق المناط
قول فقهي	قول مذهب أو عالم معتبر لم يترجح	يُذكر بنسبته إلى قائله ويُعرض معه

	على غيره	المقابل
قاعدة أو مقصد	أداة استدلال عامة كرفع الضرر وحفظ النفس	توجّه السؤال ولا تقوم مقام البرهان، وليست وحدها فتوى في النازلة
اجتهاد المؤلف	ترجيح أو تكييف يراه المؤلف في تنزيل الحكم على الحالة	يُصرَّح بأنه اجتهاد، ويُعرض للمناقشة، وليس فتوى مستقلة

اصطلاح أرقام قرارات المجامع. اعتمد الكتاب في قرارات مجمع الفقه الإسلامي الدولي الصيغة الظاهرة في الصفحة العربية الرسمية للقرار: رقم القرار ثم بين قوسين (رقم الدورة/ تسلسل القرار في الدورة)، مثل: قرار رقم 67 (5/7) أي القرار الخامس في الدورة السابعة؛ وتعكس الطبعة الإنجليزية الترتيب داخل القوسين. وما نُشر في الموقع الرسمي بوصف «مشروع قرار» -كالنص رقم 223 (7/23) في مسؤولية الطبيب -نُبّه عليه في موضعه ولم يُنسب إلى المجمع بوصفه قرارًا نهائيًا.

ضابط الإحالات النظامية. عند نسبة حكم إلى النظام يُذكر اسم الوثيقة الرسمي ونوعها ورقم المادة وتاريخ الصدور والتعديل متى كان له أثر، ويُفرَّق بين النظام واللائحة والسياسة والدليل والتعميم. وقد رُوجعت المواد النظامية وقرارات المجامع والفتاوى الواردة في الكتاب على المواقع الرسمية حتى 13 سبتمبر 2026م؛ ومع ذلك فالأنظمة واللوائح قابلة للتحديث، ويلزم قبل الاعتماد النهائي للطباعة مراجعة قانونية سعودية مستقلة ومراجعة مرجعية مستقلة، وقد أُعدّ لهما سجل تدقيق مصاحب للكتاب.



شكل 1: مراتب الأحكام، من الأقوى فالأدنى.

نموذج الأركان الأربعة في سطور

كل معضلة في هذا الكتاب تُحلَّل بطريقة واحدة، تجدها مفصلة في الفصل الرابع، وخلاصتها:

- **قبل التحليل، بوابات خمس:** هل المريض مستقر؟ هل هو قادر على القرار؟ من صاحب الصفة؟ ما السؤال بالضبط؟ هل الموقف آمن؟
- **ثم الأركان الأربعة بترتيبها: | الركن الطبي** (ما الواقعة والدليل؟)، فالأخلاقي (ما القيم المتزاحمة؟)، فالفقهي (ما الحكم الشرعي وقواعده؟)، فالنظامي (ما النص السعودي الحاكم؟).
- **ثم القرار المهني الموزون:** فعل محدد، معلَّل، محدود بمداه، مع بيان ما استُبعد ولماذا، وشرط يغيّر الحكم إن تغيّر، وتوثيق وقت القرار، وموعد للمراجعة.

قاعدة الكتاب كله: الحكم على الشيء فرع عن تصوره. فلا تُصدر حكمًا أخلاقيًّا ولا فقهيًّا ولا نظاميًّا قبل أن تُتقن الواقعة الطبية. وأكثر الأخطاء في هذا الباب ليست من جهل بالمبدأ، بل من تعجُّلٍ في تصوير الواقعة.

خارطة القراءة: ثلاثة مستويات

الكتاب واحد وخمسون فصلًا، ولا يُطلب منك أن تقرأها كلها في سنة واحدة. فقد رُتّبت الفصول في ثلاثة مستويات، وستجد مستوى كل فصل مكتوبًا في صدره وفي فهرس الكتاب:

المستوى الأول -أساسي (واحد وعشرون فصلًا): ما لا يستغني عنه طالب في أي تخصص صحي، ويغطي المحاور التي يُسأل عنها كل ممارس: الأسس والمنهج (١–٤)، والعلاقة العلاجية من الإذن إلى رفض الرعاية (٥–٩)، والمسؤولية والخطأ (١٠–١١)، والفريق والتشاور والتعليم (١٣–١٤)، والعدالة في توزيع الموارد (٣٧)، ونهاية الحياة (٣٩–٤٣)، والبحث الطبي (٤٨)، ومسيرة المهنة في الفصل الختامي (٥١). هذا المستوى وحده كتابٌ كامل في نحو ثلاثمئة صفحة.

المستوى الثاني -بحسب التخصص (أربعة وعشرون فصلًا): تقرأ منه ما يخص ميدانك. والجدول الآتي يدلّك:

تخصصك	الفصول التي تخصك من هذا المستوى
الطب البشري عمومًا	١٩–٢٩، ٣٣–٣٦، ٣٨، ٤٤–٤٧، ٤٩–٥٠

النساء والولادة	١٩، ٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٣
الأطفال	٢٣، ٢٤
الطب النفسي والأعصاب	٢٦، ٢٧
الأورام والجراحة	٢٨، ٢٩، ٤٦
الطوارئ والعناية الحرجة	٣٣، ٣٤، ٤٤، ٤٥، ٤٦
طب الأسرة والصحة العامة	٢٥، ٣٥، ٣٦، ٣٨
التمريض	٢٤، ٢٥، ٣٣، ٣٨، ٤٤
الصيدلة	٣١، ٤٩، ٥٠
طب الأسنان والأشعة والمختبرات	٣٠
التأهيل والمهن المساندة	٢٥، ٣٨

المستوى الثالث -استزادة (ستة فصول): لمن سيتولى إدارةً أو تعليمًا أو عملًا مؤسسيًّا، أو يريد التعمق: حقوق الممارس (١٢)، والمهن المساندة (١٥)، والإدارة الصحية (١٦)، والعلاقة مع الشركات (١٧)، والتأمين الصحي (١٨)، والطب الشرعي (٣٢).

كيف تقرأ هذا الكتاب؟

ابدأ بالفصول الأربعة الأولى فهي الأساس الذي يُبنى عليه كل ما بعده، وأهمها الفصل الرابع. ثم اقرأ الفصول الخمسة التالية (الإذن، والحقوق، والسر، والصدق، والرفض) فهي ما ستواجهه يوميًّا. ثم أكمل المستوى الأساسي، ثم ما يخص تخصصك. ولا تقرأ الحالات قراءة الخبر، بل غطِّ القرار وحاول أن تصل إليه بنفسك بالأركان الأربعة، ثم قارن.

فهرس الأبواب والفصول بالعربية والإنجليزية

Contents: Parts and Chapters in Arabic and English

وهذه عناوين أبواب الكتاب وفصوله مقابلةً بالإنجليزية، ليَسهل على القارئ أن يحيل إلى فصل بعينه في مرجع أو مقرر أو بحث بلغتين، ولتكون العناوين الإنجليزية موحدة في كل ما يُنشر عن الكتاب.

#	العنوان بالعربية	Title in English
	الباب الأول: الأسس والمفاهيم والمنهج Part One -Foundations, Concepts, and Method	
1	مفهوم الأخلاق وأخلاقيات المهنة الطبية	Ethics and Medical Professionalism
2	مدخل إلى الفقه وأصوله: ما يحتاجه الممارس الصحي	Fiqh and Its Principles: A Primer for Health Practitioners
3	المعضلات الطبية الفقهية المفهوم والمنهج	Medical-Fiqh Dilemmas: Concept and Method
4	نموذج الأركان الأربعة الفصل المرجعي	The Four-Pillar Model: The Reference Chapter
	الباب الثاني: العلاقة العلاجية Part Two -The Therapeutic Relationship	
5	الإذن الطبي والمو افقة المستنيرة	Consent and Informed Decision-Making
6	حقوق المريض والحدود المهنية	Patient Rights and Professional Boundaries
7	السر الطبي والخصوصية	Medical Confidentiality and Privacy
8	الصدق والإفصاح عن الأخطاء والمضاعفات	Truth-Telling and Disclosure of Errors and Complications
9	رفض رعاية المرضى والاعتراض الضميري	Refusal to Treat and Conscientious Objection
	الباب الثالث: المسؤولية والخطأ وحقوق الممارس Part Three -Liability, Error, and Practitioner Rights	
10	المسؤولية الطبية	Medical Liability
11	الخطأ الطبي من الوقوع إلى التعلم	Medical Error: From Occurrence to

		Learning
12	حقوق الممارس وصحته المهنية	Practitioner Rights and Occupational Well-Being
	الباب الرابع: الفريق والمؤسسة والتمويل Part Four -Team, Institution, and Financing	
13	أخلاقيات الفريق الصحي والتشاوروحل الخلاف	Healthcare Team Ethics: Consultation and Conflict Resolution
14	أخلاقيات التعليم الطبي والتدريب	Ethics of Medical Education and Training
15	أخلاقيات التأهيل والتمريض والمهن المساندة	Ethics of Nursing, Rehabilitation, and Allied Health
16	أخلاقيات الإدارة الصحية والمدير	Ethics of Healthcare Management
17	العلاقة بين الممارس والشركات وتضارب المصالح	Industry Relationships and Conflicts of Interest
18	أخلاقيات التأمين الصحي وتمويل الرعاية	Ethics of Health Insurance and Care Financing
	الباب الخامس: بداية الحياة والأسرة والوراثة Part Five -Beginning of Life, Family, and Genetics	
19	أخلاقيات منع الحمل وتنظيم النسل	Ethics of Contraception and Family Planning
20	أخلاقيات الإنجاب والعقم	Ethics of Reproduction and Infertility
21	أخلاقيات الإجهاض	Ethics of Abortion
22	أخلاقيات طب النساء والولادة	Obstetric and Gynecologic Ethics
23	أخلاقيات الوراثة والجينوم	Genetic and Genomic Ethics
	الباب السادس: التخصصات السريرية Part Six -Clinical Specialties	
24	أخلاقيات طب الأطفال وحديثي الولادة	Pediatric and Neonatal Ethics
25	أخلاقيات طب الأسرة والأمراض المزمنة	Family Medicine and Chronic

		Disease Ethics
26	أخلاقيات الاضطرابات النفسية والعصبية	Ethics of Mental and Neurologic Illness
27	أخلاقيات طب الأعصاب وجراحة الأعصاب	Ethics in Neurology and Neurosurgery
28	أخلاقيات الأورام والسرطان	Oncology Ethics
29	أخلاقيات الجراحة الطبية والتجميلية	Ethics of Surgery and Cosmetic Procedures
30	أخلاقيات طب الأسنان والأشعة والمختبرات	Ethics in Dentistry, Radiology, and Laboratory Medicine
31	أخلاقيات الصيدلة والدواء	Pharmacy and Medication Ethics
32	أخلاقيات الطب الشرعي والعمل الطبي القانوني	Forensic Medicine and Medico-Legal Ethics
33	أخلاقيات طب الطوارئ والتخدير والعناية المركزة	Ethics in Emergency Medicine, Anesthesia, and Critical Care
الباب السابع: الطوارئ والصحة العامة والعدالة Part Seven -Emergencies, Public Health, and Justice		
34	أخلاقيات الطوارئ والكوارث والإغاثة والعمل التطوعي	Ethics in Disasters, Relief, and Volunteer Work
35	الأمراض المعدية والأوبئة	Infectious Diseases and Epidemics
36	أخلاقيات الصحة العامة والوقاية	Public Health and Prevention Ethics
37	توزيع الموارد الصحية الشحيحة	Allocating Scarce Health Resources
38	أخلاقيات رعاية الفئات الهشة والمتنوعة	Care of Vulnerable and Diverse Populations
الباب الثامن: نهاية الحياة Part Eight -End of Life		
39	الإطار العام لقضايا نهاية الحياة	End-of-Life Care: The General Framework
40	التوجيهات الطبية المسبقة	Advance Directives
41	الإنعاش القلبي الرئوي وقرار عدم	CPR and Do-Not-Attempt-

	محاولة الإنعاش	Resuscitation Orders
42	جدوى العلاج	Medical Futility
43	الرعاية التلطيفية	Palliative Care
44	التغذية والإرواء الصناعيان	Artificial Nutrition and Hydration
45	الموت الدماغي وتحديد الوفاة	Brain Death and the Determination of Death
46	القتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب	Euthanasia and Physician-Assisted Suicide
	الباب التاسع: الأعضاء والبحث والتقنيات الناشئة Part Nine -Organs, Research, and Emerging Technologies	
47	أخلاقيات زراعة ونقل الأعضاء البشرية	Ethics of Organ Donation and Transplantation
48	أخلاقيات البحث الطبي	Research Ethics
49	أخلاقيات الابتكار والعلاجات التجريبية	Innovation and Experimental Therapies
50	أخلاقيات الصحة الرقمية والذكاء الاصطناعي	Digital Health and Artificial Intelligence
	الباب العاشر: فصل ختامي -مسيرة المهنة Part Ten -Closing Chapter: The Journey of the Profession	
51	محطات تاريخية في المهنة الطبية	Landmarks in the History of the Medical Profession

مفهوم الأخلاق وأخلاقيات المهنة الطبية

Chapter 1 -Ethics and Medical Professionalism

أخلاق الطبيب لا تُقاس بما يقوله في المحاضرة ولا بما يوقّعه في المدونة، بل بما يفعله حين لا يراه أحد، وحين يكلّفه الصواب شيئًا.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

الأخلاق ليست زينة تُضاف إلى الطب بعد اكتمال التشخيص والعلاج، بل جزء من جودة القرار الطبي نفسه. فقد يكون التدخل ممكنًا تقنيًا، ويبقى السؤال: هل ينبغي فعله؟ ولمن؟ وبأي شروط؟ وهذا الفصل يعالج السؤال الذي تقوم عليه معضلات الكتاب جميعًا: ما الأخلاق؟ ومن أين تُستمد؟ وبأي ميزان يُعرف الحسن من القبيح؟ ولماذا احتاج الطب إلى علم أخلاقي خاص؟

وخلاصته: أن الخُلُق ملكة راسخة تُبنى بالتكرار والقدوة والمجاهدة ولا تُحفظ من كتاب؛ وأن الدين أعمق مصادر الإلزام الأخلاقي وأثبتها، والنظريات الفلسفية عدسات لا تصلح مرجعًا وحيدًا؛ وأن أخلاق المهنة الطبية وُلدت من حاجة حقيقية -ضعف المريض وقوة الطبيب -وتقدمت غالبًا بعد كوارث. والمطلوب منك أن تجعل أخلاقك تسبق الضرر لا أن تلحقه. وليس في الفصل حالات ولا أحكام نوازل؛ فمنهج تحليلها في الفصلين الثالث والرابع.

ما الخُلُق؟ ضبط المفهوم

الخُلُق في العربية السجية والهيئة الباطنة، في مقابل الخَلْق الذي يتعلق بالصورة الظاهرة. وأدق تعريفاته ما حرره ابن مسكويه: «حال للنفس داعية لها إلى أفعالها من غير فكر ولا روية» [1]، والغزالي: «هيئة في النفس راسخة، عنها تصدر الأفعال بسهولة ويسر، من غير حاجة إلى فكر وروية» [2].

وهذا التعريف مفتاح الباب كله: فالخُلُق ملكة راسخة لا فعل عارض. من صدق مرة لم يُسمَّ صادقًا؛ الصادق من استقر الصدق في نفسه حتى صار يصدر عنه تلقائيًا. وهذه الملكة هي التي تثبت معك تحت الضغط، حين لا تسعفك مراجعة القواعد البطيئة.

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

ويترتب عليه أثر تعليمي مباشر: الأخلاق تُبنى بالتكرار والقدوة والمجاهدة لا بالمحاضرة وحدها؛ ولهذا سمّى ابن مسكويه كتابه «تهذيب الأخلاق» والغزالي بابه «رياضة النفس» - والتعبيران يفترضان تدريبًا لا تلقينًا. ويُفرَّق الخُلُق عن الغريزة: فالحذر الغريزي إذا انضبط صار حكمة، وإذا انحرف صار جبنًا.

مصطلحات يُخلط بينها

المصطلح	معناه	مثاله في الطب
القيمة	معنى يُعتقد أنه مهم فيوجّه الاختيار	الرحمة، والعدل، والأمانة
المبدأ	قاعدة عامة تُشتق منها الأحكام	عدم الإضرار، واحترام الاستقلالية
الفضيلة	ملكة راسخة تُنتج الفعل الحسن	الشجاعة في قول الحق
الأدب	السلوك الظاهر الحسن في التعامل	الاستئذان، وحسن الإصغاء
الواجب	فعل يلزم أداؤه أو يحرم تركه	التبصير قبل الإجراء، وحفظ السر
المهنية	التزام معايير المهنة أمام المجتمع	الكفاءة، وضبط تعارض المصالح
الأخلاقيات	الدراسة المنهجية لما ينبغي فعله	تحليل معضلة بأدوات منضبطة

فالقيم معايير عليا مجردة، والأخلاق تمثّلها واستقرارها في النفس حتى تصير ملكة، والسلوك ترجمتها الظاهرة.

أقسام دراسة الأخلاق

تُدرس الأخلاق في ثلاثة أقسام: الوصفية (ما يفعله الناس فعلًا)، والمعيارية (ما ينبغي أن يكون ولماذا)، والتطبيقية (تنزيل المعايير على مجال كالطب والبحث). والخلط بينها يُنتج مغالطة شائعة: الاستدلال بما هو كائن على ما ينبغي أن يكون؛ فيقال «هذا ما يفعله الجميع هنا» فيُتخذ حجة، وشيوع السلوك لا يجعله صحيحًا. وأما الأخلاقيات الحيوية فمصطلح أوسع يشمل البحث والوراثة والبيئة، وأخلاقيات المهنة الطبية جزء منها.

من أين يأتي الخُلُق؟ الفطرة والتربية والتاريخ

لا يولد الإنسان خيرًا محضًا ولا شرًا محضًا، ولا يُختزل خُلُقه في الجينات وحدها أو البيئة وحدها؛ بل يولد باستعدادات (التعاطف، وميل مبكر إلى العدل، وقابلية للتعلم) ثم تصوغ عاداتِه الأسرةُ والدين والتعليم والقدوة. وفي التصور الإسلامي يجتمع الأمران: فطرة أصلية ﴿فِطْرَتَ ٱللَّهِ ٱلَّتِى فَطَرَ ٱلنَّاسَ عَلَيْهَا﴾[الروم: 30]، وقابلية للتزكية أو التدسية ﴿قَدْ أَفْلَحَ مَن زَكَّىٰهَا وَقَدْ خَابَ مَن دَسَّىٰهَا﴾[الشمس: 9–10] [3]. فالفطرة تمنح البذرة، والتربية والمجاهدة تصنعان

الشجرة. ودلالته في الطب: زلة قابلة للإصلاح لا تساوي فسادًا ثابتًا؛ لكن تكرار الخداع مع غياب البصيرة علامة أخطر من ضعف مهارة يمكن تدريبها.

وعرفت الحضارات القديمة نظمًا أخلاقية مرتبطة بالدين والقانون معًا (كأحكام حمورابي في مسؤولية الطبيب). ثم حوّل اليونان السؤال الأخلاقي إلى بحث منهجي، وصاغ أرسطو في «الأخلاق النيقوماخية» أول نظرية متكاملة في الفضيلة والوسط بين رذيلتين [4]. ثم أضاف الوحي مصدر إلزام أعلى من العرف والعقل وجزاءً يتجاوز الدنيا؛ وبلغ ذلك تمامه في الإسلام الذي جعل الأخلاق مقصدًا للرسالة: «إنما بُعثت لأتمم مكارم الأخلاق» [5]. وفي العصر الحديث انفصل البحث الأخلاقي في الغرب تدريجيًا عن المرجعية الدينية، فتعددت النظريات: واجب عند كانط، ومنفعة عند بنتام ومل، ثم حقوق ورعاية. وأنتج التعدد ثراءً تحليليًا، ومعه مشكلة: غياب مرجع حاكم عند التعارض -وهي مشكلة الطب الغربي في أشد معضلاته.

الأخلاق والدين: المرجع والباعث والجزاء

يستطيع غير المتدين أن يكون حسن الخلق؛ لكن الدين يقدّم للأخلاق ثلاثة أشياء لا يقدمها غيره بمثل قوتها:

- المرجع: جواب حاسم عن «لماذا يلزمني هذا؟» لا يتغير بتغير الأهواء والأعراف؛ فالصدق حسن لأن الله أمر به، لا لأن المجتمع يستحسنه اليوم.
- الباعث: وازع داخلي يعمل حين تعجز كل رقابة خارجية؛ فمن آمن أن الله يراه في الخلوة صار له رقيب لا ينام -في المناوبة الليلية، وفي التوثيق الذي لا يقرؤه أحد.
- الجزاء: ثواب وعقاب يتجاوزان الدنيا؛ فلا يفلت المسيء من حساب ولو أفلت من القانون.

وقد جاء الاقتران بين الإيمان والخلق صريحًا: «أكمل المؤمنين إيمانًا أحسنهم خلقًا» [5]، و﴿وَإِنَّكَ لَعَلَىٰ خُلُقٍ عَظِيمٍ﴾[القلم: 4] [3]. وتقوم الأخلاق في الإسلام على أساسين عمليين [6]: العقيدة التي تمنح المرجع والباعث والجزاء، والعبادات التي هي تدريب متكرر على الخُلُق: فالصلاة ﴿تَنْهَىٰ عَنِ ٱلْفَحْشَآءِ وَٱلْمُنكَرِ﴾[العنكبوت: 45]، والصوم ﴿لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ﴾[البقرة: 183] [3]. ودلالة ذلك: التكرار المنظم أداة بناء الملكة -وهو ما تقوله أدبيات التعليم الطبي حين ترجّح المسار الطولي على المحاضرة العابرة [7].

مصادر الإلزام وخصائص الأخلاق الإسلامية

فرّق بين «المصدر» الذي يجيب: لماذا يلزمني هذا؟ و«المؤثر» الذي يجيب: لماذا أفعل ما أفعل؟ ومصادر الإلزام أربعة مرتبة: الوحي وهو الحاكم الذي تُرد إليه البقية عند التعارض؛ والعقل أداة فهم وتنزيل لا مشرّع مستقل؛ والفطرة شاهد داخلي قد ينحرف بالهوى؛ والعرف معتبر ما لم يخالف نصًا («العادة محكَّمة» بقيدها).

وتتميز الأخلاق الإسلامية بخصائص تفسّر لماذا لا تُختزل في نظرية واحدة [6]: الربانية (لا تتغير أصولها بتغير الأغلبية)؛ والشمول (تحكم السر والعلن والنية والأثر: «إن الله كتب الإحسان على كل شيء» [5])؛ والثبات مع المرونة (كليات ثابتة وفروع تتغير بالحال)؛ والواقعية (﴿لَا يُكَلِّفُ ٱللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا﴾ [البقرة: 286] [3])؛ والترابط (فالصدق بلا شجاعة يسقط عند أول كلفة). وأعظمها أثرًا في عملك مراقبة الله في الخلوة؛ فكل أدوات الحوكمة تقيس السلوك حين يُرى، والأخلاق الحقيقية تظهر حين لا يُرى.

النظريات الفلسفية: عدسات لا مرجعيات

النظرية	سؤالها	ما تكشفه	ما تُغفله
الفضيلة (أرسطو) [4]	من ينبغي أن أكون؟	الدافع والملكة والقدوة: لماذا يفعل الطبيب الصواب حين لا يراه أحد	الحسم عند التعارض؛ فقد يختلف فاضلان
الواجب (كانط) [8]	ما القاعدة الصالحة للتعميم؟	حماية الفرد من أن يُتخذ وسيلة؛ أساس منع استعمال المريض للبحث بلا إذنه	الجمود عند تعارض الواجبات
النفعية (بنتام ومل) [9، 10]	ما أعظم نفع لأكبر عدد؟	الموارد والصحة العامة والفرز	قد تبيح ظلم الفرد لمصلحة الجماعة إن انفردت؛ فتحتاج قيدًا من خارجها
الحقوق والاستقلالية	ما حق هذا الشخص؟	منع الأبوية والإكراه	إذا أُطلقت تحولت إلى تخلٍّ باسم الاحترام
الرعاية [11، 12]	ما الذي تحتاجه هذه العلاقة؟	الهشاشة والاستجابة؛ أقرب التقاليد الغربية إلى الرحمة النبوية	ضبط العدل ومنع المحاباة
المبادئ الأربعة [13]	أي مبدأ يتقدم هنا؟	لغة مشتركة للأطباء والفقهاء والقانونيين	لا ترتّب المبادئ عند التزاحم

التصور الإسلامي	ما القصد والفعل والمآل؟	الجمع بينها بمرجعية حاكمة	يحتاج تحقيق مناط دقيقًا في كل نازلة

فهذه النظريات عدسات لا مرجعيات متنافسة: من نظر بواحدة رأى زاوية وأغفل غيرها؛ ومن نظر بها جميعًا رأى المسألة كاملة ثم رجّح بمرجعيته. ومنهج المبادئ الأربعة (احترام الاستقلالية، والإحسان، وعدم الإضرار، والعدالة) أداة تنظيم للمداولة لا مصدر حكم؛ لأنه لا يرتّب المبادئ عند التعارض فيبقى الترجيح خارجه -وهذا بالضبط موقعه في هذا الكتاب. وأما الاستقلالية فقد صحّحت خللًا كان فيه الطبيب يقرر عن المريض بلا استئذان؛ لكن عرض قائمة خيارات مجردة بلا توصية ولا مرافقة تخلٍّ يُسمى احترامًا.

تجربة فكرية. صاغت فيليبا فوت سنة 1967م «معضلة القطار»: قطار منفلت يتجه إلى خمسة، ويمكن تحويله إلى مسار فيه واحد [14]. ثم طوّرتها جوديث تومسون: ماذا لو لم يمكن إيقافه إلا بدفع رجل من جسر؟ يقبل كثيرون التحويل ويرفضون الدفع مع تساوي الحساب العددي [15]؛ لأن موت الرجل هنا صار وسيلة للإنقاذ لا أثرًا جانبيًا. وهذا يفسر لماذا لا يجوز قتل مريض سليم وأخذ أعضائه لإنقاذ خمسة. والعبرة: الحدس الأخلاقي مؤشر ينبّه ولا يحكم؛ إذا حاك في صدرك شيء فابحث عن سببه.

ميزان الفعل الأخلاقي

لا يستقيم الحكم على عمل بركن واحد؛ فالفعل الأخلاقي المكتمل يقوم على ثلاثة أركان مجتمعة:

- القصد: أن يكون الباعث صحيحًا؛ فالأعمال بالنيات. وحسن القصد وحده لا يصحح وسيلة محرمة.
- الفعل والوسيلة: أن يكون الفعل نفسه مشروعًا؛ فلا تُطلب غاية حسنة بوسيلة محرمة، ويُسأل: هل توجد وسيلة أقل انتهاكًا للحق؟
- المآل: أن يكون الأثر معتبرًا؛ فالفعل الحسن قد يُمنع إذا غلب على الظن إفضاؤه إلى مفسدة أعظم.

فأخلاق الواجب تنظر إلى الفعل، والنفعية إلى المآل، والفضيلة إلى الفاعل - والشريعة تنظر إليها مجتمعة. ولكل معيار أحادي لازم: من جعل الميزان المنفعة أباح ما تعظم منفعته وإن ظلم فردًا؛ ومن جعله العقل المجرد اضطرب معياره باختلاف العقول؛ ومن جعله العرف تغيّر الحق عنده بتغير المجتمع وسقط معنى الإصلاح أصلًا. والميزان

المستقيم مركّب: مصدره الوحي، وأداة فهمه العقل، وتشهد له الفطرة، ويُراعى فيه العرف الصحيح.

ميزان نبوي عملي. «البِرُّ حسن الخلق، والإثم ما حاك في صدرك وكرهتَ أن يطّلع عليه الناس» [5]. فيه معياران: داخلي (الحيك في النفس) وخارجي (كراهية اطلاع الناس)؛ وهما ما تستعمله أدلة الحدود المهنية في اختبار الهدية وتعارض المصالح: هل أستطيع الإفصاح عن هذا علنًا؟ ويكمّله اختبار الاتساق الذي تقتضيه قيمة عدم التمييز في العلاقة العلاجية: هل أطبّق المعيار نفسه -في الشرح والوقت والاحترام -على مريض أقل نفوذًا؟

هل يتغير الخُلُق؟ أدوات التهذيب الست

حسم الغزالي المسألة: لو لم يقبل الخُلُق التغيير «لبطلت الوصايا والمواعظ والتأديبات»، وخُلُق البهيمة نفسه يقبل التغيير بالترويض [2]. والنصوص تجعل التزكية عملًا مأمورًا به: ﴿قَدۡ أَفۡلَحَ مَن زَكَّىٰهَا﴾ [3]، و«إنما العلم بالتعلم، والحلم بالتحلم» [5]. ويؤيده الدليل التجريبي: راجعت دراسة منهجية 26 دراسة لتدخلات تعليم الأخلاق (1990–2017م) فوجدت تحسنًا ذا دلالة في نحو ثلاثة أرباعها؛ لكن قليلًا منها قاس السلوك الفعلي لا مجرد المعرفة [7]. فالخلاصة من الطريقين واحدة: الخُلُق يتحسن بالتدريب والممارسة لا بالتلقين وحده.

وأدوات التهذيب التي اجتمع عليها التراث والبحث الحديث ست:

- **المعرفة أولًا**: فالجاهل بآفات الكبر لا يراه في نفسه.
- **المجاهدة**: أن تحمل نفسك على خلاف هواها حتى يصير المتكلَّف طبعًا.
- **التكرار والعادة**: فالملكة بنت التكرار؛ وتكرار الاستئذان والتوثيق الصادق يجعلهما تلقائيين.
- **القدوة والصحبة**: فالخُلُق يُنقل بالمخالطة أكثر من الكتب؛ والمشرف يُدرّس حين يحترم المريض أو يهينه ولو لم ينطق بكلمة «أخلاق» [16].
- **المحاسبة**: عادلة لا تُغرق في جلد الذات ولا تهوّن الذنب؛ وصورتها الحديثة التأمل المكتوب في الأخطاء.
- **إصلاح البيئة والحوافز**: فمن تعلّم الأمانة في القاعة ثم رأى الخيانة تُكافأ في العمل غلبت عليه البيئة غالبًا.

ويصوغ السلوكَ فعلًا مؤثرات معلومة: التنشئة، والقدوة، والبيئة المؤسسية التي تكافئ سلوكًا وتعاقب آخر (نظام يعاقب المبلّغ يُنتج ثقافة صمت)، والحوافز (حافز مالي مرتبط بعدد الإجراءات)، والضغط والإرهاق (مناوبة طويلة تنتج تساهلًا في التوثيق)، والثقافة والإعلام (تطبيع الإعلان المضلل).

انتبه: هذه المؤثرات تفسّر السلوك ولا تبرره؛ فالإرهاق يفسّر التقصير ولا يجعله صوابًا. وأهم ما فيها عمليًا أن البيئة المؤسسية أقوى من التعليم النظري -ولذلك يبدأ إصلاح الأخلاق في أي منشأة صحية من تقويم سلوك المشرفين وعدالة الحوافز والسياسات، لا من المواعظ وحدها.

روّاد العلم وكتبه المؤسسة

في التراث الإسلامي: الرهاوي «أدب الطبيب» (القرن 3هـ/9م) من أوسع النصوص المبكرة في أخلاق الطبيب ومساءلته [17]؛ والرازي «أخلاق الطبيب» [18]؛ وابن مسكويه «تهذيب الأخلاق» أول بناء نظري عربي متكامل في الملكات وتهذيبها [1]؛ والراغب الأصفهاني «الذريعة إلى مكارم الشريعة» [19]؛ والماوردي «أدب الدنيا والدين» [20]؛ والغزالي «إحياء علوم الدين» أنضج تحليل تراثي للدافع والعادة ورياضة النفس [2]؛ والعز بن عبد السلام «قواعد الأحكام» في وزن المصالح والمفاسد [21]؛ والشاطبي «الموافقات» في المقاصد والمآلات [22].

وفي الفكر الغربي: أرسطو «الأخلاق النيقوماخية» [4]؛ وكانط «تأسيس ميتافيزيقا الأخلاق» (1785م) [8]؛ وبنتام ومل [9، 10]؛ وبيرسيفال «Medical Ethics» (1803م) أول تقنين حديث لواجبات المهنة ومنه انتشر المصطلح [23]؛ وبوشامب وتشيلدرس «مبادئ الأخلاقيات الطبية الحيوية» (1979م) [13]؛ وجونسن وسيغلر ووينسليد «الأخلاقيات السريرية» بمنهج المربعات الأربعة [24].

وكان التراث الطبي الإسلامي نقديًا لا ناقلًا: فابن النفيس خالف جالينوس فاكتشف الدورة الدموية الصغرى؛ وموفق الدين البغدادي فحص ألفي جمجمة قبل أن يثبت أن الفك السفلي عظم واحد [25]. ودلالته تربوية: الأمانة العلمية تقتضي مخالفة المشهور إذا خالفه الدليل. وإلى جانب الكتب وثائق مؤسِّسة: نورمبرغ (1947م) [26]، وجنيف (1948م) [27]، وهلسنكي [28]، وبلمونت (1979م) [29]، وإعلان اليونسكو لأخلاقيات البيولوجيا (2005م) [30].

كيف وُلد للطب علم أخلاقي خاص؟

كل المهن تحتاج أخلاقًا؛ لكن الطب يحتاج أخلاقًا خاصة لأسباب لا تجتمع في غيره: المريض يأتي في أضعف حالاته إلى من يعرف ما لا يعرفه، فالعلاقة مختلة القوة؛ والقرارات تُتخذ باحتمالات لا بيقين؛ والتدخل يمس الجسد والخصوصية والنسب؛ والموارد نادرة فكل تخصيص لمريض حرمان لآخر؛ والتقنية متسارعة؛ وأثر الخطأ قد لا يُستدرك -فالمهندس قد يهدم ويبني، أما الطبيب فقد يكون خطؤه نهائيًا.

وخط النشأة: الوصايا القديمة (قسم أبقراط)، فالحقبة الإسلامية (الرهاوي والرازي والبيمارستانات وامتحان الأطباء) [17، 18]، فبيرسيفال 1803م [23]، فنورمبرغ 1947م وجنيف 1948م [26، 27]، فبلمونت 1979م والمبادئ الأربعة [29، 13]، فهلسنكي بصيغة 2024م والمدونة الدولية 2022م [31، 28]. وفيه ملاحظتان: أكبر النقلات جاءت بعد كوارث لا بعد نظريات؛ فمدونة نورمبرغ وُلدت من تجارب أُجريت على بشر بلا رضاهم. والتراث الإسلامي لم يكن حلقة ناقلة فحسب؛ فقد كتب الرهاوي والرازي قبل بيرسيفال بقرون، وسبق امتحان الأطباء في بغداد على يد سنان بن ثابت كلَّ نظم الترخيص الحديثة في فكرته: لا يمارس الطب إلا من ثبتت أهليته. وتفصيل المحطات في الفصل الحادي والخمسين.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

تحولت هذه القيم في المملكة إلى بناء نظامي صريح. فالمادة الخامسة من نظام مزاولة المهن الصحية الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ تنص: «يزاول الممارس الصحي مهنته لمصلحة الفرد والمجتمع في نطاق احترام حق الإنسان في الحياة وسلامته وكرامته، مراعيًا في عمله العادات والتقاليد السائدة في المملكة، مبتعدًا عن الاستغلال» [32]. وهي جملة تجمع مصلحة الفرد والمجتمع، والحق في الحياة والسلامة والكرامة، ومراعاة العرف، ومنع الاستغلال.

والقسم الرسمي للممارس الصحي الذي اعتمدته الهيئة السعودية للتخصصات الصحية: «أقسم بالله العظيم أن أراقب الله في مهنتي، ملتزمًا بأخلاقيات المهنة وأنظمتها، ومقدمًا الرعاية الصحية الآمنة دون تمييز، ومحافظًا على كرامة الإنسان، وكاتمًا لأسراره، والله على ما أقول شهيد» [33]. وأول معانيه -مراقبة الله -لا يوجد في أكثر صيغ القسم

العالمية، وهو الذي يعمل حين تغيب كل رقابة. وصدر نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1431/9/14هـ ناقلًا أخلاق البحث من النصيحة إلى الحوكمة: لجنة، ومراجعة مسبقة، ورضا [34]. وأنتجت حركة حقوق المريض وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى [35].

القاعدة الجامعة: الشريعة تحكم، والنظام يُلزم، والسياسة تنظّم، والأخلاق تهذّب -فمن أسقط واحدة منها اختلّ ميزانه.

ما الذي يحرّك هذا العلم اليوم؟

- **الكوارث والفضائح البحثية**: أنتجت المواثيق الكبرى، وكل أزمة تعيد رسم الحدود.
- **حركة حقوق المريض**: من أبوية «الطبيب يعرف الأفضل» إلى شراكة يُبصَّر فيها المريض ويقرر.
- **التقنية المتسارعة**: الجينوم والذكاء الاصطناعي وأجهزة دعم الحياة تفتح مسائل جديدة؛ فصار التعلم المستمر واجبًا أخلاقيًا.
- **القانون والقضاء و اقتصاد الصحة**: حوّل القضاء التبصير والتوثيق إلى واجبات يُحاسب عليها؛ وصار ضبط تعارض المصالح بابًا مستقلًا.
- **تعدد المرجعيات**: المواثيق الدولية تصنع حدًا مشتركًا للكرامة وعدم التمييز والسرية، لكنها لا تُغني عن المرجعية الشرعية والنظامية المحلية [30، 31].
- **التعليم والمنهج الخفي**: يتعلم الطالب الأخلاق من سلوك مشرفيه أكثر من المقرر المعلن [16، 36]؛ ووجدت دراسة سعودية وطنية أن المحاضرة ما تزال أكثر طرق تعليم الأخلاقيات شيوعًا بنسبة تتجاوز 80%، بينما التقويم العملي نادر [37] -ففجوتنا المحلية تعليمية لا مرجعية.
- **الدليل التجريبي على السلوك**: السلوك غير المهني في كلية الطب يرتبط بإجراء تأديبي لاحق بنسبة أرجحية 3.0، تصل إلى 8.5 مع عدم المسؤولية الشديدة [38]. فالنمط المتكرر مؤشر يُقوَّم مبكرًا بعدالة ودعم، لا يُهمل ولا يُتخذ وسمًا يغلق مستقبل صاحبه.

أين يقع الخطأ عادةً؟

- الاستدلال بما هو كائن على ما ينبغي أن يكون: «الكل يفعل هذا هنا» ليس حجة.

• اتخاذ نظرية واحدة ميزانًا وحيدًا -منفعة أو استقلالية أو واجبًا -فتُرى زاوية ويُغفل سائرها.

• ظن الخُلُق معلومة تُحفظ، فيُكتفى بالمحاضرة والامتحان عن التدريب والقدوة والمحاسبة.

• تحويل المؤثرات -من إرهاق وضغط وحوافز -من تفسير للتقصير إلى تبرير له.

• إسقاط إحدى الدوائر الأربع: شريعة تحكم، ونظام يُلزم، وسياسة تنظّم، وأخلاق تهذّب.

خلاصة عملية

الخُلُق ملكة تُبنى ولا تُحفظ؛ فابنِ أخلاقك كما تبني مهارتك: بالتكرار والقدوة والمحاسبة، لا بالامتحان وحده. ومصادر الإلزام مرتبة: وحي حاكم، وعقل يفهم، وفطرة تشهد، وعرف معتبر ما لم يخالف. والنظريات عدسات: انظر بها جميعًا ثم رجّح بمرجعيتك، وزن كل فعل بأركانه الثلاثة: القصد والفعل والمآل. وإذا ترددت فاستعمل الميزان النبوي: هل يحيك في صدرك؟ وهل تكره أن يطّلع عليه الناس؟ وتذكّر أن أخلاق الطبيب لا تُقاس بما يقوله في المحاضرة ولا بما يوقّعه في المدونة، بل بما يفعله حين لا يراه أحد، وحين يكلّفه الصواب شيئًا.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. في نهاية مناوبة طويلة، رأيت زميلًا يوثّق فحصًا سريريًا لم يجره فعلًا، فقال لك: «الكل يفعل هذا هنا، والوقت لا يكفي». ما الخلل المنهجي في حجته؟

أ) لا خلل، فالعرف الطبي معتبر ما دام سائدًا في القسم

ب) استدلال بما هو كائن على ما ينبغي أن يكون، وشيوع السلوك لا يجعله صحيحًا

ج) الخلل الوحيد أنه لم يستأذن رئيس القسم قبل ذلك

د) الخلل أن الإرهاق يبرر التقصير لكنه لا يبرر الاعتراف به

2. أثناء جولة تعليمية، برر استشاري إجراءً بقوله: «النتيجة نفعت أكبر عدد من المرضى، وهذا يكفي». ما مأخذ هذا الميزان إذا انفرد؟

أ) لا مأخذ عليه، فالنفعية أدق النظريات في الطب

ب) مأخذه أنه يهمل نية الطبيب فقط

ج) مأخذه أنه قد يبيح ظلم الفرد لمصلحة الجماعة، فيحتاج قيدًا من خارجه

د) مأخذه أنه لا يصلح إلا في الجراحة دون الباطنة

3. ما موقع منهج المبادئ الأربعة (الاستقلالية والإحسان وعدم الإضرار والعدالة) في هذا الكتاب؟

أ) مصدر حكم يُرجَّح به عند تعارض الأدلة

ب) بديل عن المرجعية الشرعية في المسائل الطبية

ج) أداة تنظيم للمداولة لا مصدر حكم، لأنه لا يرتّب المبادئ عند التعارض

د) إطار تاريخي انتهى العمل به بعد صدور المواثيق الحديثة

4. عُرضت عليك هدية ثمينة من شركة أدوية، وترددت في قبولها. أي اختبار عملي يو افق الميزان النبوي المذكور في الفصل؟

أ) اسأل: هل تحققت منفعة للمريض من قبولها؟

ب) اسأل: هل يحيك في صدرك، وهل تكره أن يطّلع عليه الناس؟

ج) اسأل: هل يقبلها أكثر الزملاء في القسم؟

د) اسأل: هل يوجد نص نظامي يمنعها صراحة؟

5. أرادت كلية طب تحسين أخلاقيات طلابها، فزادت عدد المحاضرات النظرية والامتحانات التحريرية فقط. ما أدق نقد لهذه الخطة؟

أ) الخطة كافية، فالمعرفة أساس كل سلوك

ب) الخُلُق ملكة تُبنى بالتدريب والقدوة والمحاسبة وإصلاح البيئة، والمعرفة وحدها لا تصنع السلوك

ج) الخطة ناقصة فقط لأنها لم تُشرك أساتذة الشريعة

د) الخطة خاطئة لأن الأخلاق طبع لا يقبل التغيير أصلًا

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) ج • 3) ج • 4) ب • 5) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] ابن مسكويه، أحمد بن محمد. تهذيب الأخلاق وتطهير الأعراق.

[2] الغزالي، أبو حامد. إحياء علوم الدين، ولا سيما كتاب رياضة النفس وتهذيب الأخلاق.

[3] القرآن الكريم.

[4]Aristotle. Nicomachean Ethics.

[5] مسلم بن الحجاج. صحيح مسلم؛ ومسند أحمد والأدب المفرد (ومنها أحاديث: «البر حسن الخلق...»، «أكمل المؤمنين إيمانًا...»، «إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق»، «إنما العلم بالتعلم...»).

[6] القرعاوي، سليمان بن صالح. الأخلاق في الإسلام: أسسها وخصائصها وتعلمها.

[7] مراجعة منهجية لتدخلات تعليم الأخلاق في الطب (26 دراسة منشورة بين 1990 و2017م).

[8] Kant I. Groundwork of the Metaphysics of Morals. .1785

[9]Bentham J. An Introduction to the Principles of Morals and Legislation. 1789.

[10]Mill JS. Utilitarianism. 1861.

[11]Gilligan C. In a Different Voice. Harvard University Press; 1982.

[12]Noddings N. Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education. University of California Press.

[13]Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 1st ed. 1979; 8th ed. Oxford University Press; 2019.

[14]Foot P. The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect. Oxford Review. 1967;5:5–15.

[15]Thomson JJ. Killing, Letting Die, and the Trolley Problem. The Monist. 1976;59(2):204–217.

[16]Fadul N, et al. Perceptions of the Hidden Curriculum in a Saudi Medical School: A Qualitative Study; ومراجعة نطاقية 2025م عن المنهج الخفي في التعليم الطبي.

[17] الرهاوي، إسحاق بن علي. أدب الطبيب.

[18] الرازي، أبو بكر محمد بن زكريا. أخلاق الطبيب.

[19] الراغب الأصفهاني، الحسين بن محمد. الذريعة إلى مكارم الشريعة.

[20] الماوردي، أبو الحسن. أدب الدنيا والدين.

[21] العز بن عبد السلام. قواعد الأحكام في مصالح الأنام. بيروت: دار الكتب العلمية.

[22] الشاطبي، إبراهيم بن موسى. الموافقات. الخبر: دار ابن عفان.

[23]Percival T. Medical Ethics. 1803.

[24]Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics. McGraw Hill.

[25] البار، محمد علي، والسباعي، زهير أحمد. الطبيب: أدبه وفقهه؛ وابن أبي أصيبعة: عيون الأنباء في طبقات الأطباء.

[26]The Nuremberg Code. 1947.

[27]World Medical Association. Declaration of Geneva. 1948; last substantive revision 2017.

[28]World Medical Association. Declaration of Helsinki. Revised October 2024.

[29]The Belmont Report. 1979.

[30]UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. .2005

[31]World Medical Association. International Code of Medical Ethics. Revised.2022

[32] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، ولا سيما المادة الخامسة.

[33] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. القسم الرسمي للممارس الصحي، المعتمد استنادًا إلى نظام الهيئة الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/2) وتاريخ 1413/2/6هـ ولائحة عمل مجلس الأمناء بقراره رقم (28/أ/2019) وتاريخ 2019/12/29م.

[34] المملكة العربية السعودية. نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1431/9/14هـ.

[35] وزارة الصحة السعودية. وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى. الرياض.

[36] دراسة سعودية على 80 طبيب أطفال مقيمًا حول مصادر تعلم الأخلاق والثقة في المواقف الأخلاقية.

[37] AlRukban M, et al. Teaching Medical Ethics and Professionalism in Saudi Medical Colleges: A National Survey (with published correction, 22 June 2026).

[38]Papadakis MA, Teherani A, Banach MA, et al. Disciplinary Action by Medical Boards and Prior Behavior in Medical School. New England Journal of Medicine . 2673:(25)353؛2005–.2682

مدخل إلى الفقه وأصوله: ما يحتاجه الممارس الصحي

Chapter 2 -Fiqh and Its Principles: A Primer for Health Practitioners

القاعدة توجّه السؤال ولا تقوم مقام البرهان.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • ثلاث حالات تطبيقية • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

لن تمرّ عليك مناوبة دون سؤال فقهي في ثوب سؤال طبي: هل يفطر المريض لأخذ الدواء؟ هل يجوز إسقاط جنين مشوّه؟ هل يجوز إيقاف جهاز التنفس؟ أنت لست مفتيًا، لكنك أول من يُسأل، ووحدك تملك «التصوير الطبي» الذي يُبنى عليه الحكم. فالحكم على الشيء فرع عن تصوره، والفقيه يحتاج إليك في التصور وأنت تحتاج إليه في الحكم.[1] ولا يحتاج الممارس الصحي أن يتحول إلى مفتٍ، لكنه يحتاج قدرًا من الفقه يجعله يفهم موضع الحكم، ويصف الواقعة وصفًا دقيقًا. وبه يميز بين الضرورة والحاجة والرغبة، ويعرف متى يتوقف ويسأل أهل الاختصاص.[2] وهذا الفصل يعطيك هذا الحد الأدنى: من أين جاء الحكم، ومتى يتغير، وكيف تحرر المسألة قبل السؤال، وأين تقف حدودك.

ثلاثة مصطلحات لا تخلط بينها

الفقه لغةً: الفهم. واصطلاحًا: **العلم بالأحكام الشرعية العملية المكتسب من أدلتها التفصيلية**؛ فهو علم بالأحكام لا بالعقائد، وبأفعال الناس، وهو ثمرة نظر واستدلال لا نصٌّ يُتلى.[1، 3] و«الفقه الطبي» فرعه التطبيقي في أحكام الوقاية والتشخيص والعلاج والبحث والعلاقة العلاجية وبداية الحياة ونهايتها؛ و«فقه الممارس الصحي» الجزء الذي يلزمك منه لفهم مسؤوليتك اليومية: ما الذي يجوز؟ وما الذي يجب؟ ومتى يتغير الحكم بتغير حال المريض أو البدائل أو مقدار الخطر؟[2]

الشريعة ما أنزله الله في الكتاب والسنة، وهي معصومة ثابتة. **والفقه** فهمُ العلماء لها واستنباطهم منها، وهو جهد بشري يصيب ويخطئ؛ ولذلك تعددت المذاهب. وهذا يحل لك عبارة «الفقهاء مختلفون»: الاختلاف في الفهم لا في النص،

وهو سعة لا تناقض. [1، 4]

أصول الفقه قواعد استنباط الحكم من الدليل: كيف يُفهم النص، وكيف يُقاس ما لا نص فيه، ومتى تُقدَّم مصلحة على أخرى. فهو للفقيه كمنهج البحث للطبيب: لا يعطي الجواب، لكنه يضبط طريق الوصول إليه.[3] وقد قال تعالى: ﴿فَلَوْلَا نَفَرَ مِن كُلِّ فِرْقَةٍ مِّنْهُمْ طَآئِفَةٌ لِّيَتَفَقَّهُوا۟ فِى ٱلدِّينِ﴾،[5] وقال النبي ﷺ: «من يرد الله به خيرًا يفقهه في الدين»؛[6] وتفقّه الطبيب فيما يخص عمله من هذا الباب، وليس ترفًا معرفيًا بل من وسائل سلامة المريض وسلامة القرار.[2]

الفقه والأخلاق والنظام: ثلاث دوائر متداخلة لا مترادفة

المجال	سؤاله المركزي	أثره في الممارسة
الفقه	ما حكم الفعل شرعًا؟ وما شروطه واستثناءاته؟	تكليف ديني وذمة أمام الله، وقد يُستفاد منه في السياسات والأنظمة
الأخلاق المهنية	ما التصرف الجدير بالثقة والرحمة والعدل واحترام الإنسان؟	واجب مهني وقيمي يوجّه السلوك حتى فيما لا تفصّله اللوائح
النظام	ما القاعدة الملزمة التي قررتها الدولة أو الجهة المختصة؟	التزام قابل للإنفاذ والمساءلة، ولا تُستبدل به الفتوى الفردية

قد يكون الفعل جائزًا في أصله لكنه غير مناسب مهنيًا لضعف الدليل أو غياب الكفاية، أو ممنوعًا نظامًا حماية للمرضى؛ والعكس صحيح: لا يحتج الممارس بإجراء إداري ليعفي نفسه من السؤال عن عدالته وسلامته. والقرار الرشيد يجمع الدوائر الثلاث ولا ينتقي واحدة.[2] وقد أوضحت مراجعة نطاقية نُشرت سنة 2025م، شملت 34 دراسة، أن أوجه التشابه بين المبادئ الأخلاقية الأربعة في الأدبيات الإسلامية والغربية أكثر من أوجه الاختلاف، وأن أبرز الفروق يتعلق بوضع الاستقلالية داخل سياق أسري واجتماعي؛ وهي نتيجة تبني جسرًا بين الركنين الأخلاقي والفقهي، لكنها لا تعني أن الأسرة تملك القرار، ولا أن «الإسلام» موقف واحد بلا خلاف.[7]

من أين يأتي الحكم؟

المصدر	معناه	مثال يلمسه الطبيب
القرآن	النص الأول قطعي الثبوت	«وَلَا تَقْتُلُوا أَنفُسَكُمْ»: أصل تحريم الإضرار بالنفس[5]
السنة	قول النبي ﷺ وفعله وإقراره	«تداووا، فإن الله لم يضع داءً إلا وضع له دواء»: مشروعية التداوي؛[8] «من تطبّب ولم يُعلم منه

		طب فهو ضامن»: أصل المسؤولية[9]
الإجماع	اتفاق المجتهدين على حكم	تحريم قتل النفس بلا حق، ومنه القتل الرحيم
القياس	إلحاق ما لا نص فيه بما فيه نص لعلة جامعة	المخدرات على الخمر بعلة ذهاب العقل
المصلحة المرسلة	منفعة لا نص فيها ولا تعارض نصًّا	التطعيم، والتبليغ عن الأمراض المعدية
العرف	ما اعتاده الناس ولم يخالف نصًّا	«الأصول العلمية المتعارف عليها» معيار الخطأ
سد الذرائع	منع المباح إذا أفضى غالبًا إلى محرم	ضوابط الخلوة في الفحص، وضبط وصف المؤثرات العقلية

الأربعة الأولى متفق عليها، والباقية مختلف في مداها؛ وأكثر النوازل الطبية إنما بُني حكمها على القياس والمصلحة وسد الذرائع لأنها لم تكن معروفة زمن النص.[3، 10] ولا تكفي عبارة «هذا يحقق مصلحة» لإثبات الحكم؛ بل يلزم التحقق من حقيقة المصلحة وقوتها، وعدم معارضتها لنص أو مقصد أقوى، وإمكان تحقيقها بوسيلة أقل ضررًا.[2]

مراتب ما يصلك من «الحكم الشرعي»

ليس كل ما يُقال لك «هذا هو الحكم الشرعي» في مرتبة واحدة. فميّز بين أربعة:[2، 11]

- **نص شرعي** قطعي الثبوت والدلالة: لا اجتهاد معه، وهو نادر في تفاصيل النوازل الطبية.
- **قرار اجتهاد جماعي** (مجمع الفقه الإسلامي الدولي، المجمع الفقهي الإسلامي، هيئة كبار العلماء، اللجنة الدائمة): أقوى ما يُبنى عليه في النوازل، لأنه بُني على تصوير طبي من أهل الاختصاص ونظر جماعي؛ وبعضه أُدرج في نظام أو سياسة وطنية فصار ملزمًا، وبعضه بقي مرجعًا فقهيًا.
- **فتوى في واقعة**: جواب عن سؤال بعينه بواقعه وزمانه؛ لا تُنقل إلى حالة أخرى إلا إذا تطابق المناط.
- **رأي تحليلي** لباحث أو لجنة: يُستأنس به ولا يُلزم.

وفي هذا الركن لا تعادل القرارات الفقهية الدراسات التجريبية ولا تنافسها: فالقرار دليل معياري اجتهادي جماعي يضبط الحكم، والدراسة الطبية تزوّد الحكم بوقائعه

واحتمالاته. وقوة المنهج في إبقاء النوعين متمايزين ثم وصلهما عند التنزيل.[11]

الأحكام الخمسة: التداوي مثالًا

كل فعل إما **واجب** أو **مندوب** أو **مباح** أو **مكروه** أو **محرم**.[3] والتداوي أوضح مثال على أن الحكم يتبع الحال. وقد اختلف المتقدمون في أصله بين الإباحة والاستحباب، والراجح عند أكثر المعاصرين أنه ترد عليه الأحكام الخمسة.[12] وقد قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم 67 (5/7) أن «الأصل في حكم التداوي أنه مشروع، لما ورد في شأنه في القرآن الكريم والسنة القولية والفعلية، ولما فيه من حفظ النفس الذي هو أحد المقاصد الكلية من التشريع». ونص القرار على أن حكمه يختلف باختلاف الأحوال والأشخاص، وذكر منه أربع مراتب: الوجوب والندب والإباحة والكراهة.[13] أما مرتبة التحريم -في التداوي بمحرم مع وجود البديل، أو فيما كان عبثًا لا نفع فيه -فمما قرره الفقهاء، ولم ينص عليها القرار:[12]

الحكم	ضابطه	دلالته العملية
واجب (بنص القرار)	إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو عضو أو عجز، أو ينتقل ضرره إلى الآخرين	إنقاذ حالة قابلة للعلاج، وعلاج مرض معدٍ تتعدى مضرته
مندوب (بنص القرار)	إذا كان تركه يؤدي إلى ضعف البدن ولا يبلغ ما سبق	تدخل نافع غالبًا يحسّن الوظيفة أو يمنع تدهورًا غير جسيم
مباح (بنص القرار)	ما لا يندرج في الحالتين السابقتين	تدخل اختياري مأمون نسبيًا بعد بيان البدائل والكلفة
مكروه (بنص القرار)	إذا خيف من العلاج مضاعفات أشد من العلة المراد علاجها	إجراء ضعيف الجدوى مع احتمال أذى أكبر
محرم (مما قرره الفقهاء، لا نص القرار)	إذا كان بمحرم مع وجود البديل، أو كان عبثًا لا نفع فيه	ويشتد المنع إذا غلب الضرر أو حُرّمت الوسيلة

ونص القرار نفسه على أن إذن المريض شرط إذا كان تام الأهلية، فإن كان عديم الأهلية أو ناقصها اعتُبر إذن وليه «وفقًا لأحكامها التي تحصر تصرف الولي فيما فيه منفعة المولَّى عليه». وقرر أن «لولي الأمر الإلزام بالتداوي في بعض الأحوال كالأمراض

المعدية والتحصينات الوقائية»، وأنه «في حالات الإسعاف التي تتعرض فيها حياة المصاب للخطر لا يتوقف العلاج على الإذن».[13] فالإذن والمصلحة والضرورة ليست عناوين مطلقة، بل شروط تتغير بتغير القدرة والخطر والضرر المتعدي. والحكم يتغير بتغير الواقع الطبي، وهو ما تُسأل أنت عنه؛ و«المشروع» ليس «واجبًا» يُفرض على المريض، والأخذ بالأسباب لا ينافي التوكل.[12] وتفصيل الإذن والولاية في الفصل الخامس.

القواعد الكلية: أدوات تعمل بها كل يوم

القاعدة الفقهية حكم كلي ينطبق على جزئيات كثيرة، ومن ضبط الفقه بقواعده استغنى عن حفظ أكثر الجزئيات.[14] وأمهاتها خمس، ويضاف إليها في عملك قاعدة الولاية:[14، 15]

القاعدة	معناها المنضبط	ما تعنيه لك في العمل
الأمور بمقاصدها	تُعتبر النية والغاية مع سلامة الوسيلة	يميز العلاج عن الاعتداء، والبحث المنضبط عن التجريب؛ وتسكين ألم المحتضر غير تعجيل موته وإن تشابهت الجرعة؛ لكن حسن القصد لا يصحح وسيلة ضارة
اليقين لا يزول بالشك	الثابت لا يُرفع باحتمال مجرد	لا يثبت التشخيص الخطير أو الوفاة أو فقد الأهلية بالظن الضعيف؛ وذمة الطبيب بريئة حتى يثبت الخطأ؛ ولا تُستعمل لإنكار عدم اليقين العلمي
المشقة تجلب التيسير	المشقة غير المعتادة سبب لرخصة بقدرها	صلاة المريض قاعدًا، وفطره، والتيمم؛ وجمع الإجراءات أو تعديلها، دون إسقاط احتياطات السلامة
الضرر يزال	يُمنع الضرر أو يُقلَّل بحسب الإمكان، ولا يُزال بمثله أو بأشد	أصل مشروعية العلاج والوقاية ومكافحة العدوى، ومنع الإجراء العبثي
العادة محكَّمة	العرف الصحيح مرجع فيما لا نص فيه	«الأصول العلمية» معيار الخطأ، بشرط ألا يخالف العرفُ الشرع أو النظام أو الدليل العلمي
تصرف الولي	ولاية الأب أو الوصي أو ولي	رفض الولي علاجًا ناجعًا لطفل لا يُعتد به

على من يليه منوط بالمصلحة	الأمر مقيدة بمصلحة المولَّى عليه	بحسب قرار المجمع رقم 67؛ وسلطة الدولة في الإلزام بالتطعيم والحجر مقيدة بالمصلحة والتناسب

وتحت قاعدة الضرر فروع تراها في كل معضلة: «الضرر يُدفع بقدر الإمكان» (التطعيم والحجر)، و«الضرر لا يزال بمثله» (ضوابط نقل العضو من الحي)، و«الأشد يزال بالأخف» (بتر الطرف لإنقاذ الحياة)، و«درء المفاسد مقدم على جلب المصالح» عند التساوي لا عند رجحان المصلحة. وتحت التيسير: «الضرورات تبيح المحظورات»، ومن تطبيقاتها التخدير، وكشف العورة للعلاج، والتداوي بما أصله محرم عند تعذر البديل على الراجح عند أكثر المعاصرين مع خلاف قديم في أصل المسألة. ويقيدها «ما أبيح للضرورة يُقدَّر بقدرها»، و«الحاجة تنزل منزلة الضرورة عامة كانت أو خاصة» (الجراحة الحاجية، والتلقيح الاصطناعي بضوابطه). [12، 15] فإذا احتيج إلى كشف عورة أو تخدير أو مادة محرمة الأصل فالسؤال متتابع: هل الحاجة حقيقية؟ هل يوجد بديل مباح مكافئ؟ ما القدر الأدنى اللازم؟ من الأقدر على الإجراء؟ وهل زال سبب الرخصة؟ بهذا تمنع القواعدُ التسيبَ كما تمنع الحرج.[2]

القاعدة توجّه السؤال ولا تقوم مقام البرهان. فلا يقال «الضرورات تبيح المحظورات» قبل إثبات الضرورة، وعدم البديل، والتناسب، والاقتصار على القدر اللازم.[11]

مقاصد الشريعة: ميزان التزاحم لا قائمة آلية

جاءت الشريعة لحفظ **الدين والنفس والعقل والنسل والمال**، وتحت كل ضرورة حاجيات وتحسينيات.[4] وفي الممارسة الصحية يظهر حفظ النفس في الوقاية والعلاج والإغاثة، وحفظ العقل في علاج الاضطرابات ومنع المسكرات والمؤثرات. ويظهر حفظ النسل في ضوابط الإنجاب والنسب، وحفظ المال في منع الهدر والاستغلال، وحفظ الدين في تيسير العبادة واحترام معتقد المريض ضمن حدود السلامة.[2] لكن المقاصد ليست قائمة ترتيب آلي في كل واقعة؛ فقد يحمي الخيار الواحد مقصدًا ويضر آخر، وتختلف المصلحة في عمومها ودوامها ودرجة يقينها؛ فيسأل الفريق: ما المصلحة؟ لمن؟ بأي احتمال؟ وما البديل؟ وما المفسدة المصاحبة؟[11] وحفظ النفس مقصد عظيم لكنه لا يعني إجراء كل تدخل ممكن مهما ضعف نفعه؛ فلا تكفي تسمية «حفظ النفس»

لإلزام تدخل ضعيف المنفعة، ولا تسمية «الضرورة» لتجاوز شرط يمكن تحقيقه ببديل أقل
ضررًا.[2، 11]

ما القدر الذي يلزمك من الفقه؟

والمقرر عند الفقهاء أن تعلّم أحكام ما يتكرر في مهنتك فرض عين عليك قبل العمل؛ أما النوازل المركبة ففرضها كفائي على المتخصصين، وواجبك فيها أن تحرر الواقع وتسأل أهل الذكر: ﴿فَسْـَٔلُوٓاْ أَهۡلَ ٱلذِّكۡرِ إِن كُنتُمۡ لَا تَعۡلَمُونَ﴾.[5، 2] ودوائر ما يلزمك:[16، 10، 2]

الدائرة	معناها الفقهي العملي
الكفاية والأمانة	لا تباشر ما يتجاوز تدريبك، وتصرّح بحدود خبرتك، وتطلب المساندة أو تحيل؛ ومعيار «القوي الأمين» يجمع القدرة والنزاهة
حرمة الجسد والخصوصية	يقتصر الكشف واللمس والتصوير والحضور التعليمي على الحاجة وبإذن معتبر، ويُختار الأقدر والأقل كشفًا، دون تأخير علاج لازم؛ والأصل عند عامة الفقهاء أن يعالج الرجلَ رجلٌ والمرأةَ امرأةٌ، فإن تعذر جاز بالحاجة وبقدرها وبحضور ثالث (وتفصيله في الفصل السادس)
العبادة أثناء العمل	تُنظَّم المناوبة بما يحفظ الصلاة؛ وإذا داهم إنقاذُ النفس وقتَ العبادة قُدِّم الواجب الأضيق زمنًا وصُلّي بحسب الاستطاعة؛ وعبادات المريض: التيمم والمسح على الجبيرة وصلاته قاعدًا وجمعُه وفطره إذا خاف زيادة المرض؛ والقطرة والحقن غير المغذية لا تفسد الصوم بحسب قرار المجمع رقم 93، والبخاخ لا يفسده عند أكثر المعاصرين مع قول آخر، والحقن المغذية تفسده
السر والإذن	الأصل صيانة معلومات المريض وعدم التدخل في جسده دون إذن صحيح؛ والاستثناءات في الطوارئ أو الضرر المتعدي أو النص النظامي، وبأضيق نطاق (وتفصيل الإذن في الفصل الخامس، والسر في الفصل السابع)
الدواء المحرم الأصل	في أصل التداوي به خلاف قديم بين المنع والجواز؛ والراجح عند أكثر المعاصرين جوازه بشروط: الضرورة أو الحاجة الملحة، وعدم البديل المباح، وإخبار طبيب ثقة بنفعه، وبقدر الجرعة والمدة
المعاملات والمال	الأجرة المشروعة لا تبيح الاستغلال أو الرشوة أو العمولة الخفية؛ وتُفصل مصلحة المريض عن الحافز التجاري
عقد التطبيب	التزامك بذل العناية لا تحقيق الشفاء؛ فلا تضمن ما نتج عن عمل موافق

والضمان	للأصول مع الإذن، ويضمن الجاهل والمخالف للأصول والمتجاوز للإذن والمفشي للسر بلا مقتضى والممتنع عن الإسعاف (وتفصيله في الفصلين العاشر والحادي عشر)
المصلحة العامة	في العدوى والكوارث يوازَن حق الفرد بحق المجتمع، ولا يُفرض تقييد إلا من جهة مختصة، ولسبب معتبر، وبقدر متناسب، ولأقصر مدة

وقد فصّل قرار المجمع رقم 142 (8/15) صور الضمان: الجهل بالطب أو بفرعه، وعدم الإذن من الجهة الرسمية، والعمل دون إذن المريض أو من يقوم مقامه، والتغرير به، والخطأ الذي لا يقع فيه الأمثال، والإهمال، وإفشاء السر بلا مقتضى معتبر، والامتناع عن الواجب الطبي في الحالات الإسعافية؛ فالنية الحسنة وحدها لا ترفع المسؤولية.[17] وألزمت اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية الممارس باحترام حقوق المريض وفق أصول الشريعة والمعايير الطبية، ومنعته من طرق علاج غير معترف بها علميًا.[18]

منهج تحرير المسألة قبل طلب الحكم

| الركن الفقهي لا يبدأ بقاعدة محفوظة بل بالتصوير الطبي الصحيح، ويمر بخمس مراحل: **التصوير** (ما التشخيص والهدف والاحتمال والبديل؟)، ثم **التكييف** (أهو تداوٍ، أم إذن، أم ولاية، أم سر، أم ضرورة، أم تزاحم، أم تصرف في مورد عام؟). ثم **الاستدلال** (ما النصوص والقواعد والقرارات ذات الصلة؟)، ثم **تحقيق المناط والمآل** (هل شروط الحكم متحققة في هذا المريض، وما نتيجة تطبيقه؟)، ثم **التنزيل** بحكم مشروط يبين نطاقه ومن ينفذه ومتى يُراجع.[11] وهذا التسلسل يمنع القفز من اسم المرض إلى الحكم؛ فالطبيب خبير في الواقع الطبي يحقق جانبًا مهمًا من المناط، والفقيه خبير في بناء الحكم، ولا يستغني أحدهما عن الآخر في المسائل المركبة. وتفصيل تحليل المعضلة وخطواته في الفصل الثالث، وتفصيل هذا المنهج داخل نموذج الأركان الأربعة في الفصل الرابع.

وعمليًا: حرّر السؤال، وثبّت الحقائق ودرجة اليقين والمآل، واحصر البدائل المباحة والمختلف فيها، وتحقق من الأهلية والإذن، ثم وازن ووثّق أسباب القرار وخطة المراجعة؛ وتفصيل هذه الخطوات في الفصل الثالث.[2] وإذا وُجد خلاف معتبر بين فقهاء أو مجامع فاذكره وسببه وأثره، ولا تصنع قطيعة زائفة بعبارة «الحكم الشرعي» إذا كانت المسألة اجتهادية. واسأل: هل القرار المجمعي مطابق لموضوع الحالة؟ هل تحققت شروطه؟ هل

تغير الواقع الطبي الذي بُني عليه؟ وهل أُدرج في نظام نافذ أم بقي مرجعًا فقهيًا؟[11]

حدُّك في الفتوى. تبيّن الواقع الطبي بدقة، وتعرف الأساسيات المتكررة، وتحيل ما فوقها إلى أهل الفتوى مع تصوير كامل يُظهر عدم اليقين والخلاف الطبي. فلا تُفتِ بما لا تعلم، ولا تتركِ المريض بلا من يجيبه، ولا تُبطل فتواك الشخصية نظامًا صحيًا ملزمًا.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
تحريم قتل النفس بغير حق وأصل تحريم الإضرار بها	نص قطعي وإجماع	﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنفُسَكُمْ﴾ [5]
الأصل في التداوي المشروعية، وحكمه يتغير بالحال (واجب/مندوب/مباح/مكروه بنص القرار، والتحريم مما قرره الفقهاء)، واشتراط الإذن وسقوطه في الإسعاف	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 67 (5/7) [13]
ضمان الطبيب: الجهل، وعدم الإذن، والتغرير، والخطأ، والإهمال، و إفشاء السر، والامتناع عن الإسعاف	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 142 (8/15) [17]
الوخز والحقن غير المغذية والقطرة واللاصقات لا تفطر الصائم	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 93 (1/10) [19]
بخاخ الربو لا يفطر	فتوى، وهي قول أكثر المعاصرين مع قول آخر	ابن باز وابن عثيمين [16]
وجوب الفطر وحرمة الصيام إذا غلب على الظن الهلاك أو الضرر الجسيم	قول جمهور الفقهاء	حفظ النفس والآية [5]، [16]
جواز إزالة العيوب الخِلقية كالأصابع الزائدة، وتحريم تغيير الخلقة السوية للأهواء	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 173 (11/18) [20]

أخطاء منهجية شائعة

- الخلط بين الشريعة والفقه: فيُظن كل قول فقهي نصًّا لا يناقَش، أو يُظن أن كل

خلاف يعني الإباحة.

• وصف الرغبة أو الراحة بأنها «ضرورة» دون تحقق شروطها والبدائل والقدر اللازم.

• الاستدلال بحفظ النفس لتسويغ علاج عديم الجدوى أو عالي الضرر، أو لإهدار حق المريض بلا موجب.

• نقل فتوى إلى حالة مختلفة؛ فالفتوى تتأثر بالتشخيص والمآل والبديل والقدرة والنظام والزمان.

• اعتبار العرف المهني حجة ولو خالف الدليل العلمي أو حقوق المريض أو النظام.

• تحويل الخلاف الفقهي المعتبر إلى اتهام، أو فرض الرأي الفردي داخل مؤسسة لها سياسة مشروعة ملزمة.

• الخلط بين عدم الإنعاش وترك الرعاية؛ فقرار محدودية تدخل بعينه لا يُسقط التسكين والتمريض والكرامة وبقية العلاج النافع.[2]

خلاصة: الفقه فهم بشري للنص لا النص نفسه، ومصادره مرتبة، وما يصلك منه مراتب: نص، وقرار جماعي، وفتوى في واقعة، ورأي. وأحكامه خمسة تتبدل بتبدل الحال، وقواعده أدوات ترجيح لا شعارات، ومقاصده ميزان عند التزاحم. وفقه الممارس منهج يربط النص الصحيح بالواقع الصحيح: يبدأ بوصف طبي أمين، ويمر بالمقاصد والقواعد والحقوق والأنظمة، وينتهي بقرار متناسب موثق قابل للمراجعة. ولا اجتهاد بلا معرفة، ولا رخصة بلا حاجة منضبطة، ولا فتوى فردية تعوّض الفريق المختص.

ثلاث حالات تطبيقية

الحالة الأولى: مريضة سكري تصرّ على الصيام

| **السيناريو.** امرأة في الأربعين، سكري من النوع الأول على إنسولين قاعدي وسريع، أُدخلت في رمضان الماضي مرتين بهبوط شديد في السكر، وتصرّ هذه السنة على الصيام: «أنا أستطيع، والدين لا يسقط عني الصيام لمجرد مرض». وتسأل: هل بخاخ الربو الذي أستعمله يفطر؟ وهل قياس السكر بوخز الإصبع يفطر؟ الطبيب المتدرب قال لها: «الدين يسر، أفطري وخلاص».

| **الركن الطبي.** هذه ليست «مريضة سكري» عامة، بل مريضة في فئة الخطر الأعلى بحسب معايير تصنيف خطر الصيام المعتمدة: نوع أول، وسوابق هبوط شديد في رمضان، وقد يترتب على الصيام هبوط يفقدها الوعي أو ارتفاع مع حماض كيتوني. فالتصوير الدقيق هنا: احتمال الضرر الجسيم مرتفع بدليل ما وقع فعلًا، لا بمجرد الحذر النظري. وإن أرادت التجربة رغم النصح فيلزم خطة: تعديل الجرعات، وقياس متكرر، ومعايير ملزمة لقطع الصيام فورًا، ومراجعة بعد أيام.

| **الركن الأخلاقي.** رغبتها في الصيام رغبة دينية صادقة تستحق الاحترام لا الاستخفاف، وعبارة «أفطري وخلاص» تُسقط استقلاليتها وتقفز إلى حكم لم يُبنَ على تصوير ولا تبصير. والصدق يقتضي أن تُخبَر بدرجة خطرها بأرقام ووقائع، وأن يُوضَّح لها أن الرخصة في حقها ليست تساهلًا بل حكم شرعي مبني على حالها.

| **الركن الفقهي.** قال تعالى: ﴿فَمَن كَانَ مِنكُم مَّرِيضًا أَوْ عَلَىٰ سَفَرٍ فَعِدَّةٌ مِّنْ أَيَّامٍ أُخَرَ﴾وقال: ﴿يُرِيدُ ٱللَّهُ بِكُمُ ٱلْيُسْرَ وَلَا يُرِيدُ بِكُمُ ٱلْعُسْرَ﴾.[5] فالمريض الذي يخاف من الصيام زيادة المرض أو تأخر البرء أو مشقة شديدة يُرخَّص له الفطر بالنص. وذهب جمهور الفقهاء إلى أنه إذا غلب على الظن الهلاك أو الضرر الجسيم وجب الفطر وحرُم الصيام؛ لأن حفظ النفس مقدم، ولقوله تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنفُسَكُمْ﴾.[5، 16] ويقضي ما أفطره إذا زال عذره، فإن كان المرض مزمنًا لا يُرجى برؤه فعليه عند الجمهور إطعام مسكين عن كل يوم، ويقرر ذلك المفتي لا الطبيب.[16] أما ما سألت عنه: فوخز الإصبع لقياس السكر لا يفطر، والحقن الجلدية والعضلية والوريدية غير المغذية لا تفطر، وكذلك قطرة العين والأذن وما يُمتص من الجلد كاللاصقات، بنص قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 93 في المفطرات في مجال التداوي.[19] وبخاخ الربو لا يفطر عند أكثر المعاصرين، وبه أفتى ابن باز وابن عثيمين، وفي المسألة قول آخر يُذكر.[16] وموضع القاعدة هنا «المشقة تجلب التيسير» بقيدها: الرخصة بقدر الحاجة، فمن خف خطره بخطة محكمة رجع إلى الأصل.

| **الركن النظامي.** واجب التبصير والتوثيق: يُسجَّل تقييم الخطر والنصيحة والخطة، وأن القرار للمريضة بعد التبصير؛ فلا يُكتب لها «ممنوعة من الصيام» كأنه أمر، ولا يُترك الأمر بلا خطة كأنه لا يعنيك.[21]

القرار المهني الموزون. يجلس الطبيب معها ويبيّن لها بأرقام حالها أنها في الفئة الأعلى خطرًا، وأن الهبوط الذي أدخلها المستشفى مرتين هو عين «الضرر» الذي علّق الشرع عليه الرخصة. فالفطر في حقها رخصة ثابتة، والأقرب أنه واجب ما دام هذا الخطر قائمًا على قول الجمهور، وأن الشرع جعل لها بدلًا (القضاء أو الفدية بحسب ما يقرره المفتي). ثم يجيب أسئلتها بدقة: الوخز والحقن والقطرة لا تفطر بنص قرار المجمع، والبخاخ لا يفطر عند أكثر المعاصرين. فإن أصرت على الصيام بعد التبصير لم يتخلَّ عنها: يضع معها خطة إنسولين لرمضان، ومعايير واضحة لقطع الصيام (قراءة سكر تحت 70 أو فوق 300 أو أعراض هبوط) ويكتبها لها. ويحدد موعد مراجعة خلال أسبوع، ويعرض عليها ورقة تصوير طبي مكتوبة تأخذها إلى المفتي إن أرادت فتوى بعينها. ويُوثَّق كل ذلك. الشرط المغيِّر للحكم: استقرار السكر بلا نوبات هبوط لمدة كافية مع خطة محكمة ينقلها إلى فئة أدنى خطرًا فتعود الرخصة إلى الاختيار لا الوجوب؛ وأي نوبة هبوط أثناء رمضان تعيد التقييم فورًا.

الحالة الثانية: مريض بفغرة وقسطرة يسأل كيف يصلي

| **السيناريو.** رجل في الخمسين بعد جراحة استئصال جزء من القولون، له فغرة (كيس براز)

وقسطرة بولية، وجرحه ينضح قليلًا. سأل الممرض: «كيف أصلي وأنا أحمل نجاسة لا تنقطع؟» فأجابه: «لا تصلِّ حتى تتعافى وتقضي بعدها». المريض حزين ويشعر أنه «نجس».

| **الركن الطبي.** الفغرة والقسطرة مؤقتتان في الغالب، ولا يتحكم المريض في خروج ما فيهما؛ والجرح ينضح سائلًا يسيرًا؛ والمريض قادر على الحركة الجزئية والجلوس، ويستطيع بمساعدة تفريغ الكيس أو استبداله وغسل يديه، ولا يستطيع القيام في الصلاة. فهذه حالة «حدث دائم» مع تعذر التحرز الكامل من النجاسة.

| **الركن الأخلاقي.** الصلاة حق للمريض وحاجة نفسية وروحية، وحرمانه منها بجهل الفريق ضرر غير مبرر؛ وقول الممرض تجاوز للاختصاص أدى إلى ترك واجب شرعي وإلى إحساس المريض بالدونية. والإحسان يقتضي أن يُعان على الطهارة والصلاة كما يُعان على الأكل والحركة.

| **الركن الفقهي.** الأصل أن الصلاة لا تسقط عن المكلف ما دام عقله معه، ولا تؤخَّر عن وقتها لأجل النجاسة أو المرض: ﴿ لَا يُكَلِّفُ ٱللَّهُ نَفۡسًا إِلَّا وُسۡعَهَاۚ ﴾.[5] وصاحب الحدث الدائم (كسلس البول والاستحاضة والفغرة والقسطرة) حكمه عند جمهور الفقهاء كالمستحاضة: يتوضأ بعد دخول وقت كل صلاة، ويصلي ولو خرج منه شيء أثناء الصلاة، ولا يُبطلها ذلك. ويُنظِّف ما أمكن قبل الوضوء: يُفرِّغ الكيس أو يُستبدل، ويُغسل ما أصاب البدن والثوب إن تيسر بلا مشقة، ويُعفى عما لا يمكن التحرز منه، فلا يُكلَّف بإزالة ما يخرج بعد ذلك.[16، 10] ويصلي بحسب استطاعته: قائمًا فإن لم يستطع فقاعدًا فإن لم يستطع فعلى جنب، ويُومئ بالركوع والسجود. وله الجمع بين الظهر والعصر وبين المغرب والعشاء إذا شق عليه الوضوء لكل صلاة، وهو قول الحنابلة وجماعة من الفقهاء وعليه أكثر المعاصرين؛ وإن تعذر عليه استعمال الماء أو ضرّه تيمم.[16] والقاعدتان الحاكمتان: «المشقة تجلب التيسير» و«اليقين لا يزول بالشك»؛ فوجود الكيس لا يجعله «نجسًا» في نفسه، وإنما النجاسة في الخارج منه، وهي معفو عنها في حقه بقدر ما لا يستطيع دفعه.

| **الركن النظامي.** وثيقة حقوق المرضى تكفل للمريض احترام معتقده وأداء شعائره وتيسير ذلك بقدر الإمكان، ونظام مزاولة المهن الصحية يوجب على الممارس ألا يجاوز اختصاصه؛ فالممرض ليس مرجعًا في الحكم الشرعي، ومسؤوليته أن ييسّر لا أن يُفتي.[21، 18]

القرار المهني الموزون. يصحح الفريق ما قيل للمريض فورًا: «الصلاة لا تسقط عنك، وحكمك حكم من به عذر دائم، وستصلي كل صلاة في وقتها». ويُدرج في خطة التمريض: تفريغ الكيس واستبداله وغسل موضعه قبل وقت الصلاة قدر الإمكان، ومساعدته على الوضوء (أو التيمم إن ضرّه الماء)، وتوفير ثوب نظيف وسجادة واتجاه القبلة. ويُنبَّه إلى أن ما يخرج بعد الوضوء لا يضر صلاته، وأنه يصلي قاعدًا ويجمع بين الصلاتين إذا شقت عليه الطهارة لكل صلاة. ويُعرض عليه التواصل مع واعظ المستشفى أو مفتٍ لما فوق ذلك من تفاصيل. ويُدرَّب الفريق على أن الأحكام الشرعية للمرضى تُحال لأهلها ولا يُقطع فيها بالظن. الشرط المغيِّر للحكم: إغلاق الفغرة ونزع القسطرة يعيدانه إلى حكم

الطهارة المعتادة؛ وتدهور قدرته الجسدية ينقله إلى الصلاة مضطجعًا بالإيماء دون أن تسقط عنه.

الحالة الثالثة: مريض يرفض العلاج لأنه «متوكل على الله»

| **السيناريو.** رجل في الخامسة والخمسين شُخّص بسرطان في القولون في مرحلة مبكرة، والجراحة تُرجى بها نسبة شفاء عالية، ومآل الترك انتشار الورم وانسداد الأمعاء ثم الوفاة خلال سنة أو سنتين. رفض الجراحة والعلاج كله وقال: «أنا متوكل على الله، والشفاء بيده لا بيد الأطباء، ومن ترك التداوي توكلًا فهو أعلى درجة». ابنته تبكي وتطلب من الطبيب أن «يجبره».

| **الركن الطبي.** يلزم تحرير الوقائع بلا مبالغة ولا تهوين: مرحلة الورم، ونسبة الشفاء المتوقعة بالجراحة، ومخاطر الجراحة نفسها، ومآل الترك بأرقام، وما إذا كان العلاج البديل الأقل تدخلًا ممكنًا، وهل هناك ما يستدعي الاستعجال (نزف أو انسداد) أم أن الوقت يسمح بحوار على مراحل. ويُتحقق من قدرة المريض على القرار: فهمه للمعلومة، وتقديره لعواقب رفضه، وخلوّه من اكتئاب أو إنكار يعطل الفهم.

| **الركن الأخلاقي.** الرجل بالغ قادر، ورفضه بعد التبصير حق له، ولا يجوز إكراهه ولا خداعه ولا التخلي عنه. لكن الرفض المستنير يشترط أن يكون مبنيًا على فهم صحيح، والمريض هنا بنى رفضه على مقدمة دينية خاطئة (أن التداوي ينافي التوكل)؛ فتصحيح هذه المقدمة جزء من التبصير الواجب لا وصاية عليه، تمامًا كما تُصحح له معلومة طبية خاطئة. والفرق بين التبصير والضغط: أن تعطيه المعلومة الصحيحة من مصدرها وتترك له القرار؛ وتفصيل شروط الرفض المستنير في الفصل الخامس.

| **الركن الفقهي.** التوكل لا ينافي الأخذ بالأسباب، بل الأخذ بها من كمال التوكل؛ قال النبي ﷺ: «تداووا، فإن الله لم يضع داءً إلا وضع له دواء»،[8] وقال للأعرابي: «اعقلها وتوكل».[22] وقد بيّن ابن القيم أن في التداوي ردًّا على من أنكره بدعوى التوكل، وأن التوكل الصحيح لا يتم إلا بمباشرة الأسباب التي نصبها الله.[22] نعم، وقع خلاف قديم في حكم التداوي بين الاستحباب والإباحة، ونُقل عن بعض السلف تفضيل تركه تسليمًا؛ لكن ذلك فيما لم يُتيقن نفعه أو كان المرض يسيرًا، أما إذا غلب على الظن أن ترك التداوي يفضي إلى تلف النفس والدواء ناجع فقد نص قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 على وجوبه.[12، 13] فالتكييف: مريض قادر يرفض علاجًا واجبًا في حقه بحسب قرار المجمع، بناءً على فهم خاطئ للتوكل. لكن لا يملك الطبيب ولا الأسرة إكراهه، لأن الإذن شرط في العلاج غير الإسعافي، وشرط الإذن نفسه مقرر في القرار ذاته.[13]

| **الركن النظامي.** المادة (19) من نظام مزاولة المهن الصحية تجعل رضا المريض شرطًا ولا تستثني إلا الطوارئ عند تعذر الإذن؛ فالإجبار ممنوع، والرفض المستنير يُوثَّق ببيان ما شُرح للمريض وما فهمه والبدائل التي عُرضت، ويبقى حقه في الرعاية الأخرى والعودة متى شاء.[21، 18]

القرار المهني الموزون. لا يُجاب طلب الابنة بالإجبار، ولا يُترك الأب لقناعته الخاطئة. يعقد

الطبيب لقاءً هادئًا يبدأ فيه بتقدير إيمان المريض لا بالجدل معه، ثم يبيّن له أن ما فهمه عن التوكل خلاف ما جاء في السنة، ويقرأ له حديث «تداووا» وحديث «اعقلها وتوكل». ويعرض عليه نص قرار المجمع بأن التداوي في مثل حاله واجب، ويقترح عليه لقاءً مع مفتٍ أو واعظ المستشفى ليسمع الحكم من أهله لا من الطبيب. ويشرح له بأرقام واضحة الفرق بين مآل الجراحة ومآل الترك، ويسأله عن مخاوفه الحقيقية (الألم، الكيس الجراحي، الكلفة، الخوف من التخدير) فكثيرًا ما يُلبَس الخوفُ ثوبَ التوكل. ويُعطى مهلة للتفكير مع موعد قريب، ويُعرض عليه إشراك من يثق به من أهله. فإن أصر بعد كل ذلك احتُرم قراره، ووُثّق الرفض المستنير، وبقي بابه مفتوحًا، وقُدمت له الرعاية الداعمة والمتابعة. الشرط المغيّر للحكم: ظهور انسداد أو نزف مهدد للحياة يُدخل الحالة في الطوارئ فيُسعف بما يدفع الخطر إن تعذر إذنه؛ وتراجعه عن الرفض في أي وقت يُقبل بلا تعنيف.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. طلب مفتٍ من طبيب وصفًا دقيقًا لحال مريض قبل أن يجيب عن سؤاله، فقال الطبيب: «الحكم شأن المفتي، ولا علاقة لي به». ما التقويم الصحيح لموقف الطبيب؟

أ) مصيب، فالطبيب لا يدخل في الحكم الشرعي بأي صورة

ب) مخطئ، فالحكم على الشيء فرع عن تصوره، والطبيب وحده يملك التصوير الطبي الذي يُبنى عليه الحكم، والمفتي يحتاج إليه فيه

ج) مخطئ، لأن الطبيب هو من يصدر الحكم في المسائل الطبية لا المفتي

د) مصيب، لأن وصف الحالة يدخل في إفشاء السر

2. في اجتماع فريق حول نازلة طبية استدل أحدهم بمقال تحليلي لباحث، وآخر بفتوى صدرت في واقعة مختلفة، وثالث بقرار مجمع فقهي مبني على تصوير طبي من أهل الاختصاص. أي المستندات أقوى في البناء عليه؟

أ) المقال التحليلي، لأنه أحدث

ب) الفتوى في الواقعة المختلفة، لأنها صادرة عن مفتٍ

ج) قرار المجمع الفقهي المبني على تصوير طبي ونظر جماعي، مع التحقق من مطابقته لموضوع الحالة

د) العرف المهني السائد في القسم ولو خالف الدليل

3. جرعة مورفين متدرجة لتسكين ألم محتضر قد تُقصّر عمره بأثر غير مقصود. القاعدة الأقرب لتكييف الفعل:

أ) العادة محكَّمة

ب) اليقين لا يزول بالشك

ج) الأمور بمقاصدها

د) الحاجة تنزل منزلة الضرورة

4. رفض أب علاجًا ناجعًا وآمنًا لطفله المهدد بالخطر. القاعدة الحاكمة:

أ) تصرف الولي منوط بالمصلحة، فلا يُعتد برفضه الضار

ب) الأمور بمقاصدها، فيُقبل رفضه إن حسنت نيته

ج) العادة محكَّمة، فيُرجع إلى عرف الأسرة

د) المشقة تجلب التيسير، فيُترك الطفل تيسيرًا على الأب

5. أب يرفض إزالة إصبع زائدة لطفله لأنها «تغييرلخلق الله». الصواب:

أ) الأب مصيب، فإزالة أي شيء خلقه الله محرمة

ب) إزالة العيب الخِلقي من التداوي المشروع لا من تغيير خلق الله المنهي عنه، ويُصحح فهمه برفق، ويُحترم رفضه لأن الإجراء غير عاجل

ج) يُبلَّغ فورًا عن إهمال ويُتجاوز إذنه

د) تُجرى العملية دون علمه لمصلحة الطفل

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) ج • 3) ج • 4) أ • 5) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] ابن بيه، عبد الله بن الشيخ المحفوظ. «الفقه الإسلامي: تعريفه وتطوره ومكانته». مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، العدد 1، السنة 1، ص117–138.

[2] الغامدي، محمد سعيد. فقه الممارس الصحي: فصل تأسيسي للممارسين وطلاب التخصصات الصحية (وثيقة المؤلف، 13 سبتمبر 2026م).

[3] الزحيلي، وهبة. أصول الفقه الإسلامي. دار الفكر، دمشق، 1406هـ/1986م.

[4] الشاطبي، إبراهيم بن موسى. الموافقات. تحقيق مشهور بن حسن آل سلمان، دار ابن عفان، الخبر، 1417هـ/1997م.

[5] القرآن الكريم: سورة البقرة (185، 195)، وسورة النساء (29)، وسورة التوبة (122)، وسورة النحل (43).

[6] البخاري، محمد بن إسماعيل. الجامع المسند الصحيح، كتاب العلم، باب من يرد الله به خيرًا يفقهه في الدين، حديث رقم 71؛ ومسلم، كتاب الزكاة، حديث رقم 1037.

[7]Hasan M, Khan A, Abdul Hathi MB, Salahudeen SM. The Four Principles in Islamic and Western Medical Ethics: A Scoping Review. The New Bioethics. 2025;31:120–135.

[8] أبو داود، سليمان بن الأشعث. سنن أبي داود، كتاب الطب، باب في الرجل يتداوى، حديث رقم

3855؛ والترمذي، سنن الترمذي، حديث رقم 2038؛ ومسلم، كتاب السلام، حديث رقم 2204 («لكل داء دواء»).

[9] أبو داود، سليمان بن الأشعث. سنن أبي داود، كتاب الديات، باب فيمن تطبب بغير علم فأعنت، حديث رقم 4586؛ وابن ماجه، سنن ابن ماجه، كتاب الطب، حديث رقم 3466.

[10] البار، محمد علي، والسباعي، زهير أحمد. الطبيب: أدبه وفقهه. دار القلم، دمشق، والدار الشامية، بيروت، 1413هـ/1993م.

[11] الغامدي، محمد سعيد. نموذج الأركان الأربعة لحل المعضلات في الأخلاقيات الطبية: | **الركن الفقهي** والشرعي ومرتكزاته الأربعة (وثيقة المرتكزات الستة عشر).

[12] السراح، أحمد بن محمد. «القواعد الفقهية المتعلقة بأحكام التداوي وتطبيقاتها الطبية المعاصرة». بحث مقدم إلى مؤتمر الفقه الإسلامي الثاني (قضايا طبية معاصرة)، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 1431هـ/2010م.

[13] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ/9–14 مايو 1992م. مجلة المجمع، العدد 7، ج3، ص563.

[14] القرافي، شهاب الدين أحمد بن إدريس. الفروق (أنوار البروق في أنواء الفروق). عالم الكتب، بيروت، د.ت.

[15] الزرقا، أحمد بن محمد. شرح القواعد الفقهية. دار القلم، دمشق، ط2، 1409هـ/1989م.

[16] الحزمي، فهد بن عبد الله. تقريب فقه الطبيب. جامعة الإيمان، صنعاء، 1429هـ/2008م.

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

[18] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية ومرفقاتها، ولا سيما المادة الخامسة والمادة السابعة؛ ووزارة الصحة، وثيقة حقوق المرضى ومسؤولياتهم.

[19] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 93 (1/10) بشأن المفطرات في مجال التداوي، الدورة العاشرة، جدة، 23–28 صفر 1418هـ/28 يونيو–3 يوليو 1997م.

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

[21] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، المواد (5) و(19) و(26).

[22] الترمذي، محمد بن عيسى. سنن الترمذي، كتاب صفة القيامة، حديث رقم 2517 («اعقلها وتوكل»)؛ وابن القيم، محمد بن أبي بكر. زاد المعاد في هدي خير العباد (فصل في هديه ﷺ في التداوي). مؤسسة الرسالة، بيروت، 1415هـ/1994م.

[23] ابن ماجه، محمد بن يزيد. سنن ابن ماجه، كتاب الأحكام، باب من بنى في حقه ما يضر بجاره، حديث رقم 2341 («لا ضرر ولا ضرار»).

[24] البخاري، الجامع المسند الصحيح، كتاب تفسير القرآن، حديث رقم 4886؛ ومسلم، كتاب اللباس والزينة، حديث رقم 2125 (حديث الواشمات والمتنمصات)؛ وأبو داود، كتاب الخاتم، حديث رقم 4232، والترمذي، حديث رقم 1770 (حديث عرفجة بن أسعد واتخاذ الأنف من ذهب).

[25] المملكة العربية السعودية. نظام حماية الطفل، المرسوم الملكي رقم (م/14) وتاريخ 1436/2/3هـ؛ ومجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار رقم 184 (10/19) بشأن الإذن في العمليات الطبية المستعجلة، الدورة التاسعة عشرة، الشارقة، 1–5 جمادى الأولى 1430هـ/26–30 أبريل 2009م.

المعضلات الطبية الفقهية المفهوم والمنهج

Chapter 3 -Medical-Fiqh Dilemmas: Concept and Method

لا ينتظر منك هذا الفصل جوابًا عن معضلة بعينها؛
وإنما يعطيك الطريق الذي يُبلَغ به الجواب.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

ستمرّ كل يوم بعشرات القرارات، **وأكثرها ليس معضلات**: نقصُ فحصٍ حلُّه استكماله، وسوءُ تواصلٍ حلُّه اجتماع منظم، ومخالفةٌ واضحة حلُّها إيقافها وتصعيدها. فإذا كان أحد الخيارات حرامًا بيّنًا فتركُه واجب وانتهت المسألة؛ وإذا كان أحدها واجبًا بيّنًا فاتباعه واجب وانتهت المسألة أيضًا.

والمعضلة الحقيقية شيء آخر: حالة من الصعوبة في اتخاذ القرار، تجد أمامك فيها عدة حلول متقاربة أو متساوية فلا تدري أيها تختار. وهي غالبًا ليست اختيارًا بين صحيح وخطأ، بل بين ما هو صحيح وما هو أصحّ منه، أو **بين ضررين لا يمكن دفعهما معًا**: أمٌّ حامل يهدد الحملُ حياتها؛ ومريضٌ يرفض علاجًا ناجعًا لقناعة دينية.

وأول مهارة تحتاجها ليست الترجيح، بل **التمييز**: هل هذه معضلة حقيقية، أم مشكلة لها حل مباشر؟ فمن استدعى أدوات الترجيح الثقيلة لمشكلة تُحلّ بمكالمة، أضاع وقتًا وأربك فريقه.

المفاهيم: من المعضلة إلى النازلة

المعضلة في أصلها المسألة المشكلة التي يشتد فيها الإشكال ويصعب الاهتداء إلى وجه الصواب فيها؛ وسببها تقارب البدائل أو تعارض الاعتبارات. **والنازلة الفقهية** اصطلاحًا: المسألة الشرعية المستجدة التي لم يسبق للمتقدمين استخراج حكم شرعي لها. **والمعضلة الطبية** -وهي موضوعنا -واقعة طبية مستجدة ذات طبيعة إشكالية، تحتاج إلى حكم منضبط في ظل تعارض البدائل أو تقارب المصالح والمفاسد.

وتكتسب خصوصيتها من أنها **تمسّ حياة الإنسان وبدنه وكرامته وحقوقه**: العلاج والامتناع عنه، ونهاية الحياة، والإنجاب والوراثة، وزراعة الأعضاء، وتخصيص الموارد.

وخصائصها خمس: مركّبة يتداخل فيها الطب والفقه والأخلاق والنظام؛ وعسيرة الترجيح؛ ومستجدة؛ وعملية تنعكس آثارها مباشرة على المريض وأسرته والطبيب والمنشأة؛ ومحتاجة إلى حكم يطمئن إليه المكلفون فلا يكفي فيها العرض والوصف.

من ينظر فيها؟ شرطان وتكامل

يُشترط فيمن يتصدى للنظر في النوازل شرطان جامعان:

• **العلم**، وهو هنا علم مركّب من جانبين لا يغني أحدهما عن الآخر: العلم الطبي والأخلاقي والشرعي والقانوني، **والعلم بالواقعة من جميع جوانبها**. ويظهر أثره في أن كثيرًا من الأحكام يتغير بتغيّر تفاصيل دقيقة: في التشخيص، أو نسبة النجاح، أو درجة اليقين، أو البدائل، أو المآلات.

• **العدالة**، ويدخل فيها عدم التساهل في الفتوى وعدم المحاباة، مع مراعاة رحمة الشرع ويسره. وتشتد الحاجة إليها في مواطن التوتر: مسائل الحياة والموت، وتزاحم الموارد، وضغط الأسرة، والخوف من المسؤولية.

ويتفرع عن شرط العلم **أصل التكامل**: فالفقيه لا يستقل بتقدير ما لا يعرفه من الطب، والطبيب لا يستقل بحكم شرعي لا يملكه. **يصوّر الطبيب الواقعة بدقة وأمانة، ثم تجتمع لجنة متكاملة من الجانب الطبي والأخلاقي والفقهي والنظامي -وهي الأركان الأربعة- ثم تناقش ويصدر القرار**. وأنضج صور هذا التكامل اليوم الاجتهاد الجماعي في المجامع الفقهية وهيئات الفتوى الرسمية.

الميزان الذي تزن به

أولًا: الضرورات الخمس: الدين فالنفس فالعقل فالنسل فالمال. وهذا الترتيب المشهور **مرجّح إرشادي عند التزاحم** لا قائمة ترتيب آلي؛ فقد اختلف الأصوليون في ترتيب بعضها، وقد يحمي الخيار الواحد مقصدًا ويضر آخر، والمصلحة تتفاوت في عمومها ودوامها ودرجة يقينها. وحفظ النفس مدار أكثر المعضلات الطبية. وتنزيل المقاصد على الواقعة يحتاج إلى **تحقيق المناط** -ما المصلحة؟ ولمن؟ وبأي احتمال؟ وما البديل؟ -لا إلى ترتيب آلي؛ وتفصيل معانيها في الممارسة الصحية في الفصل الثاني.

ثانيًا: القواعد الفقهية الخمس الكبرى: الأمور بمقاصدها، واليقين لا يزول بالشك، والضرر يُزال، والمشقة تجلب التيسير، والعادة محكَّمة. وما يلزمك منها في المعضلة أن القصد يغيّر الحكم (فيميّز تسكين الألم عن تعمد إنهاء الحياة)، وأن الأحكام لا تُبنى على

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

تشخيص مظنون، وأن الضرورة تُقدَّر بقدرها، وأن العرف الطبي معتبر ما لم يخالف نصًّا أو يُسقط حقًّا ثابتًا. وتفصيلها بأمثلتها في الفصلين الثاني والرابع.

ثالثًا: المبادئ الأخلاقية الأربعة: الاستقلالية -حق المريض القادر في اتخاذ قراره بناءً على قيمه؛ والإحسان -العمل بما يحقق مصلحته؛ وعدم الإضرار -الكفّ عن كل إجراء ضرره راجح؛ والعدالة -توزيع الموارد بلا تمييز ولا محاباة.[1]

انتبه: هذه المبادئ **أداة تنظيم للمداولة** تكشف مواضع التوتر، لكنها **لا ترتّب نفسها عند التعارض**.[1] والترجيح عندنا يكون بالميزان الشرعي: المقاصد بترتيبها الإرشادي مع تحقيق المناط، والقواعد بضوابطها، ورعاية المآلات.

المنهج الأخلاقي العملي: كيف تجمع وتحلل؟

قبل أي حكم، تحتاج المعضلة إلى بناء منظم في ست خطوات: **التعرف عليها والاعتراف بها** -فأول الخطأ ألا تُرى المعضلة أصلًا؛ ثم **تحديد أطراف القضية** أشخاصًا وجهات، فقد يكون مفتاح الحل عند طرف منها؛ ثم **جمع المعلومات** بمراجعة السجل والحديث مع المختصين وحوار مفتوح مع المريض وأهله؛ ثم **تحليل القيم الحاكمة وتعارضها**؛ ثم **طلب المشورة** من الزملاء والمشرفين ولجان الأخلاقيات؛ ثم **التنفيذ والتقييم والتوثيق**.

ومهارة عملية تنفعك من اليوم الأول: **افصل بين الوقائع والتفسيرات في الملف**. فعبارة «الأسرة غير متعاونة» **حكمٌ**؛ أما «لم تحضر اجتماعين وتقول إنها لم تفهم المآل» فو **اقعةٌ** تفتح طريقًا للحل. وكثير من الخطأ في المعضلات ينشأ من قصور التصور لا من فساد الحكم.

وإذا كان القرار عن مريض فاقد الأهلية، فمعاييره **مرتبة**: رغباته المحددة المعبَّر عنها سلفًا؛ فإن لم تُعلم فقيمه ومعتقداته المعروفة؛ فإن لم يُعلم شيء من ذلك فمصلحته الفضلى بتقدير جماعي منضبط.[1]

المنهج الفقهي والقانوني: خمس مراحل

- **الأولى -تصوير النازلة:** التحقق من واقع النازلة كما هي وتشخيصها في الذهن دون لبس بما يشتبه بها. وهي أهم المراحل؛ **فكل خطأ في التصوير يعقبه خطأ في التوصيف والتنزيل. وإذا قيل: فهم السؤال نصف الجواب، فإن فهم النازلة نصف الاجتهاد.**
- **الثانية -التوصيف الفقهي والقانوني:** إلحاق صورتها بما يماثلها من المسائل

المعروفة المسماة؛ فإما تخريج على مسألة نمطية، وإما مستجدة لا نظير لها فتستحق اسم النازلة ويُفتح لها اجتهاد جديد. وهو يحتاج مهارة كحاجة الطبيب إلى مهارة التشخيص.

• **الثالثة -التدليل:** استحضار الأدلة الشرعية أصليةً -الكتاب والسنة والإجماع والقياس -وتبعيةً كالمصلحة المرسلة والذرائع؛ والقواعد بضوابطها؛ والمقاصد مرتبةً: الضروريات فالحاجيات فالتحسينيات. ثم قرارات الاجتهاد الجماعي -وهي في النوازل الطبية أوثق ما يُعتمد عليه لاجتماع الفقهاء والأطباء فيها -مع الشواهد النظامية.

• **الرابعة -تنزيل الحكم (تحقيق المناط):** إيقاع الحكم على النازلة المعينة بعد التحقق من انطباق شروطه عليها، ورعاية المآلات. **وهنا يُمنع خطأ شائع: نقل الفتوى من حالة إلى أخرى تشبهها في الظاهر دون تحقق من المناط -فلا تُنقل فتوى عدم الإنعاش إلى التغذية، ولا حكم الموت الدماغي إلى الغيبوبة.**[2]

• **الخامسة -العرض وتداول النتائج:** أن يستشير الناظر أهل العلم فيما توصل إليه ويعرضه على أقرانه؛ فالمعضلات الكبرى لا يليق أن تُحسم برأي فردي لم يُختبر.

خطوات القرار الصعب عند السرير

هذه اختصار عملي لما تقدّم، تستحضره حين لا يتسع الوقت للتحليل المطوَّل: اسأل أولًا **هل هناك معضلة أصلًا؟** ثم حدد أطراف القضية كلها؛ ثم اكتب الخيارات المتاحة واستبعد الخاطئ وزِن الصحيح ورتّبه؛ ثم **حدد الميزان الذي ستحتكم إليه وصرّح به** -فتوى عالم، ورأي خبير، وتقدير لجنة، ومصلحة المريض المقدَّمة -**لا ميزانًا خفيًّا يتبدل بحسب النتيجة المرغوبة**؛ ثم استشر واستخر؛ ثم وازن بين المصالح والمفاسد؛ ثم اتخذ القرار وتوكل على الله ووثّقه، ولا تتردد بعده ولا تندم.

تدريب: حلّل معضلة تتعارض فيها المبادئ

خذ حالة من حالات التدريب في الفصل: **مريض ورم رفض التداوي «ليكون ممن يدخلون الجنة بغير حساب».**[3، 4] هنا يتعارض مبدآن صريحان: **استقلالية** مريض قادر، و**إحسانٌ** وحفظُ نفسٍ يدفعان الفريق إلى العلاج. لا تبدأ بالترجيح؛ ابدأ بالخطوات:

• **هل هي معضلة أصلًا؟** نعم؛ فليس في الخيارين حرام بيّن ولا واجب بيّن قبل التصوير.

• **الأطراف:** المريض، وأسرته، والفريق المعالج، ومن قد يُستفتى.

• **الوقائع لا التفسيرات:** ما نوع الورم؟ وما نسبة نجاح العلاج ومآل تركه؟ وهل المريض قادر على هذا القرار الآن؟ وما الذي فهمه من مآله فعلًا؟ -فقول «المريض متشدد» تفسيرٌ، وقول «يعرف أن الورم قابل للشفاء بنسبة كذا ويرفض» واقعة.

• **الميزان المعلن: مرتبة التداوي هنا** -فإن كان تركه يفضي إلى تلف النفس وكان العلاج راجح النفع، فالتداوي واجب في حق المريض بحسب قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7)، ويُبيَّن له أن الأخذ بالأسباب لا ينافي التوكل. وإن كان العلاج ضعيف الجدوى ثقيل العبء فالتداوي غير واجب ورفضه معتبر بلا حرج. **فالحكم يدور مع الواقعة لا مع الشعار.**[5]

• **الاستشارة:** رأي تخصصي في الجدوى، وفتوى موثوقة إن بقي الإشكال، ولجنة الأخلاقيات إن اشتد الخلاف.

• **القرار وتوثيقه:** لا يُجبَر القادر على العلاج، ولا يُترك بلا بيان ولا رعاية؛ يُوثَّق ما فهمه وما رفضه وما قبله، ومتى يُراجَع.

وتدرّب بالطريقة نفسها على بقية الحالات الثلاث؛ وهذا مفتاح موجز لكل واحدة بالأركان الأربعة، لا يغني عن سلوك الخطوات كاملة:

أمّ ترفض تطعيم أطفالها.

| **الركن الطبي**: التطعيمات المقررة ناجعة مأمونة في الغالب، وتركها يعرّض الطفل ومن حوله لأمراض معدية؛ فتُحرَّر الوقائع بأرقام لا بشعارات.

| **الركن الأخلاقي**: للوالدين استقلالية في شأن أطفالهم، لكن حق الطفل في الحماية وحق المجتمع في الوقاية يقيدانها؛ فتُستكشف مخاوف الأم ومصادر معلوماتها بلا وصم.

| **الركن الفقهي**: التداوي واجب إذا كان المرض ينتقل ضرره إلى الغير، وقد أجاز قرار المجمع 67 لولي الأمر الإلزام بالتداوي في الأمراض المعدية والتحصينات.[5]

| **الركن النظامي**: مسار الإلزام والتبليغ للجهة المختصة لا للطبيب منفردًا، وتفصيله في فصل الأمراض المعدية.

> **القرار المهني الموزون:** تبصير مدعّم بالدليل، وعرض جدول تعويضي، وتوثيق الرفض، وإبلاغ الجهة المختصة وفق سياستها؛ ولا يُشهَّر بالأم ولا تُحرم أسرتها بقية الرعاية.

خاطب شُخّص بالصرع قبيل العقد.

| **الركن الطبي**: يُحرَّر نوع الصرع ودرجة ضبطه بالدواء وأثره في الحياة الزوجية والإنجاب؛ فكثير من صوره مضبوط لا يمنع زواجًا ولا عملًا.

| **الركن الأخلاقي**: السر حق للمريض، والطرف الآخر معنيّ بمعلومة تمس قراره؛ والصدق يقتضي أن يكون الإفصاح من المريض نفسه أولًا.

| **الركن الفقهي**: الأصل حفظ السر، ولا يُفشى إلا بقدر ما يدفع ضررًا أشد، على ما تقدم في أصل الموازنة بين المصالح والمفاسد.

| **الركن النظامي**: سرية المعلومات الصحية أصل، واستثناؤها بضوابط، وتفصيله في فصل السرية.

القرار المهني الموزون: يُشجَّع الخاطب على الإفصاح بنفسه بمساعدة الطبيب وبمعلومة دقيقة غير مهوِّلة، ويُوثَّق النصح؛ ولا يبادر الطبيب بالإفصاح إلا عند ضرر راجح محدد يتعذر دفعه بغير ذلك، وبعد استشارة.

مسنّ رُجّحت له جراحة نجاحها 50% فمات فيها بعد ضغط الأقارب.

| **الركن الطبي**: احتمال النجاح يساوي احتمال الفشل، والمريض مسن تزيد مخاطره؛ فالتداوي هنا غير واجب، ورفضه معتبر بلا حرج.

| **الركن الأخلاقي**: الإذن الصحيح قرار حر بعد فهم، وضغط الأقارب يهدد الطوعية؛ والسؤال ليس هل وقّع، بل هل اختار.

| **الركن الفقهي**: الإذن شرط في التداوي غير الإسعافي، ولا ضرورة مع إمكان الاستئذان؛ والإكراه ينافي الإذن، فيرجع الحكم إلى صحة الإذن لا إلى النتيجة.

| **الركن النظامي**: رضا المريض القادر شرط العمل الطبي، وتفصيله في فصل الإذن الطبي.

القرار المهني الموزون: تُراجَع الواقعة لا النتيجة: هل بُصِّر المريض وحده بلا ضغط، وهل وُثّق تردده وما فهمه؟ فإن شاب الإذنَ إكراهٌ فالخلل في الإذن، ويُصلَح المسار بلقاء منفرد وتوثيق مسمّى للمخاطر مستقبلًا.

الفقه الطبي الأساسي: خمسة أصول بمثال سريري

هذه أصول ستعود إليها في كل فصل. وقد فُصّل تأصيلها في الفصل الثاني (الأحكام الخمسة، والقواعد الكلية وفروعها)؛ وما يعنيك هنا لكل واحد قيدُه ومثاله في المعضلة.

١. **التداوي.** الأصل مشروعيته، **ويتغير حكمه بالحال** بحسب قرار مجمع الفقه

الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7): **واجب** إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو عضو، أو ينتقل ضرره إلى الغير كالأمراض المعدية؛ **ومندوب** دون ذلك؛ **ومباح** فيما عداهما؛ **ومكروه** إذا خيف منه مضاعفات أشد من العلة. وتفصيله في الفصل الثاني.[5] **مثال:** التهاب رئوي بكتيري في شاب بعلاج مأمون: واجب. وكيميائي تلطيفي ضعيف الجدوى ثقيل العبء: غير واجب. **وفي الحالين:** «تقوية معنويات المريض والدأب في رعايته وتخفيف آلامه بصرف النظر عن توقع الشفاء أو عدمه»؛ فاليأس من الشفاء لا يُسقط الرعاية.[5]

٢. **الضرورة.** تبيح المحظور **بقدرها** وبشرط انعدام البديل والتناسب. **مثال:** مصاب فاقد الوعي ينزف، يُتدخل لإنقاذه بلا إذن بقدر ما يدفع الخطر، ثم يُستكمل الإذن والتوثيق.[5] **قيدها:** لا ضرورة مع إمكان الاستئذان، ويزول الترخيص بزوال سببها.

٣. **رفع الحرج.** ﴿ لَا يُكَلِّفُ ٱللَّهُ نَفۡسًا إِلَّا وُسۡعَهَاۚ ﴾، فتُشرع الرخصة عند المشقة.[6] **مثال:** مريض السكري الذي يضره الصوم يُرخَّص له بشهادة طبيب أمين، ومريض العناية يُيسَّر له في طهارته وصلاته بقدر وسعه. **قيدها:** الرخصة تُقدَّر بقدرها، والتيسير لا يُسقط أصل الحق.

٤. **حفظ النفس.** ثاني الضروريات الخمس وهو **مدار أكثر المعضلات الطبية**؛ ومنه الإنقاذ ومنع الأذى وتسكين الألم. **مثال:** تقديم غير المستقر على المستقر في الفرز، وعلاج الألم ولو لم يبقَ علاج شافٍ. **قيدها:** حفظ النفس لا يعني إجبار القادر على علاجٍ رفضه، ولا إطالة احتضارٍ بتدخل لا جدوى فيه؛ وعلى هذا بُنيت فتوى اللجنة الدائمة رقم 12086 في صور عدم الإنعاش، **فليس كل ممكن تقنيًا واجبًا شرعًا.**[2]

٥. **الموازنة بين المصالح والمفاسد.** وهي جوهر كل موازنة أخلاقية طبية كما أصّلها العز بن عبد السلام في «قواعد الأحكام»: تُقدَّم المصلحة الأرجح، ويُرتكب أخف الضررين لدفع أعظمهما، ويُقدَّم درء المفسدة على جلب المصلحة **عند الرجحان. مثال:** حامل يهدد الحمل حياتها: تُوازَن نفس الأم بنفس الجنين على ما فصّله قرار هيئة كبار العلماء رقم 140 بشروطه ومراحله؛[7] وسرٌّ طبي يُفشى بقدر ما يدفع ضررًا أشد. **قيدها:** الموازنة تُصرَّح ولا تُخفى، وتُبنى على واقعة محرَّرة لا على انطباع.

انتبه: القاعدة **توجّه السؤال ولا تقوم مقام البرهان**؛ فمن قال «الضرورات تبيح المحظورات» قبل أن يثبت الضرورة وانعدام البديل والتناسب، نزّل حكمًا على غير مناطه.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
الرخصة عند المشقة والعجز، ولا تكليف فوق الوسع	نص قطعي	﴿لَا يُكَلِّفُ ٱللَّهُ نَفۡسًا إِلَّا وُسۡعَهَاۚ﴾ [6]
مراتب التداوي (واجب/مندوب/مباح/مكروه) بحسب الحال، واستمرار الرعاية وتخفيف الألم بصرف النظر عن توقع الشفاء	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 67 (5/7) [5]
إلزام ولي الأمر بالتداوي في الأمراض المعدية والتحصينات، والتدخل الإسعافي بلا إذن عند تعذره وبقدره	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 67 (5/7) [5]
الموازنة بين نفس الأم ونفس الجنين عند تهديد الحمل لحياتها، بشروط ومراحل	قرار هيئة كبار العلماء	قرار هيئة كبار العلماء رقم 140 [7]
جواز عدم الإنعاش عند انتفاء الجدوى، وأن ليس كل ممكن تقنيًا واجبًا	فتوى	اللجنة الدائمة، فتوى 12086 [2]
الترتيب المشهور للضرورات الخمس مرجّح إرشادي عند التزاحم مع خلاف الأصوليين في ترتيب بعضها، وتقديم أرجح المصلحتين وأخف الضررين	قول مشهور عند الأصوليين (الشاطبي والعز بن عبد السلام) مع خلاف في التفاصيل	-

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **تعجّل الحكم قبل تصوير الواقعة**، فيُبنى صحيحُ النظر على ناقص الخبر.
- **خلط الوقائع بالتفسيرات في الملف**، فتحلّ عبارة «الأسرة غير متعاونة» محلَّ وصف ما جرى.
- **نقل فتوى إلى ما يشبهها في الظاهر بلا تحقيق مناط.**
- **بقاء ميزان الترجيح خفيًّا**، فيتبدّل بحسب النتيجة المرغوبة.
- **حسم معضلة كبرى برأي فردٍ** لم يُعرض على أهل الاختصاص.

خلاصة عملية

لا ينتظر منك هذا الفصل جوابًا عن معضلة بعينها؛ وإنما يعطيك **الطريق الذي يُبلَغ**

به الجواب. فمن سلك الطريق بأمانة -فصوّر الواقعة كما هي لا كما يريدها، ووزنها بميزان معلن، واستشار من يُحسن، ووثّق ما قرّر ومتى يُراجَع -فقد أدّى ما عليه وإن خالفه غيره في الترجيح؛ ومن استعجل الحكم قبل التصوير فقد جانب المنهج ولو وافقت نتيجتُه الصواب. وتنزيل هذا المنهج على أبواب الكتاب يكون **بنموذج الأركان الأربعة** في الفصل التالي.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. أثناء المناوبة عرض عليك زميل «معضلة أخلاقية»: مريض لم يتلقَّ نتيجة تحليله لأن الفريق لم يبلغه، وأهله غاضبون. ما التكييف الصحيح؟

أ) معضلة حقيقية تستدعي إحالة إلى لجنة الأخلاقيات فورًا

ب) ليست معضلة، بل مشكلة تواصل ونقص معلومة لها حل مباشر: إبلاغ النتيجة واجتماع منظم

ج) معضلة فقهية تحتاج فتوى مختصة

د) مشكلة نظامية لا يملك الفريق فيها شيئًا

2. كتب طبيب في الملف: «الأسرة غير متعاونة ور افضة للعلاج». ما الخلل المنهجي؟

أ) لا خلل، فالعبارة توثّق انطباع الفريق

ب) الخلل أنه لم يذكر أسماء أفراد الأسرة

ج) الخلل خلط الوقائع بالتفسيرات؛ والصواب وصف ما جرى، كعدم حضور اجتماعين وقولهم إنهم لم يفهموا المآل

د) الخلل أنه وثّق ما ليس من اختصاصه

3. طلب مقيم تطبيق فتوى عدم الإنعاش الصادرة في حالة سابقة على مريض آخر يشبهها في التشخيص. ما الضابط الحاكم؟

أ) يجوز القياس مباشرة لتشابه التشخيص

ب) لا تُنقل الفتوى بلا تحقيق مناط، فالحكم يدور مع علته وشروطه في هذه الواقعة بعينها

ج) تُنقل بشرط موافقة رئيس القسم

د) تُنقل إذا وافق أهل المريض عليها

4. مريض فاقد الأهلية لا يوجد له توجيه سابق معلوم، لكن أسرته تعرف قيمه ومعتقداته. ما ترتيب معايير القرار عنه؟

أ) المصلحة الفضلى أولًا، ثم قيمه، ثم رغباته السابقة

ب) رأي أكبر أفراد الأسرة سنًّا، ثم رأي الفريق

ج) رأي الفريق الطبي وحده لأنه الأعلم بالمصلحة

د) رغباته المحددة المعبَّر عنها سلفًا، فإن لم تُعلم فقيمه ومعتقداته، فإن لم يُعلم شيء فمصلحته الفضلى بتقدير جماعي

5. تحت ضغط الأسرة، غيّر فريقٌ ميزان ترجيحه بعد أن ظهرت له النتيجة المرغوبة. ما اسم هذا الخطأ في الفصل؟

أ) قصور التصور

ب) بقاء ميزان الترجيح خفيًّا فيتبدّل بحسب النتيجة المرغوبة

ج) حسم المعضلة برأي فرد

د) الخلط بين الفتوى والنظام

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) ج • 3) ب • 4) د • 5) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. Oxford University Press; 2019.

[2] اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. الفتوى رقم (12086) وتاريخ 1409/6/30هـ في صور عدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي.

[3] البخاري، محمد بن إسماعيل. صحيح البخاري. بيروت: دار طوق النجاة.

[4] مسلم بن الحجاج. صحيح مسلم. بيروت: دار إحياء التراث العربي.

[5] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، الدورة السابعة، جدة، 1412هـ / 1992م.

[6] القرآن الكريم.

[7] مجلس هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية. القرار رقم (140) وتاريخ 1407/6/20هـ بشأن إسقاط الحمل.

نموذج الأركان الأربعة الفصل المرجعي

Chapter 4 -The Four-Pillar Model: The Reference Chapter

لا يعدك بإزالة كل خسارة أو خلاف، لكنه يمنع إخفاءهما.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

هذا هو **الفصل المرجعي للكتاب كله**. كل فصل بعده يطبّق النموذج نفسه على موضوعه. فإذا فهمته هنا مرة واحدة، صار عندك طريقة واحدة تحلل بها كل معضلة تقابلك.

الفكرة الأساسية بسيطة: معضلات الطب اليوم **ليست سؤالًا عن حكم فعل واحد**، بل مسائل مركبة تجتمع فيها المعلومة الطبية، والقيم الأخلاقية، والحكم الشرعي، والنظام. وهذه الأربعة **أركان يكمل بعضها بعضًا، لا مرجعيات تتنافس**؛ فالمرجعية العليا هي الشريعة، ولكل ركن موضعه الذي لا يتجاوزه.[1]

قاعدة تحفظها: الأركان ليست أصواتًا متساوية تصوّت. الحقيقة الطبية ليست رأيًا. النص النظامي النافذ ليس اختيارًا. الحكم الفقهي لا يُنزَّل قبل معرفة الواقعة. والسماح النظامي وحده لا يعني أن الفعل هو الأفضل للمريض.

لماذا نحتاج نموذجًا مركبًا؟ أربعة أخطاء يمنعها

كل ركن إذا انفرد أوقعك في خطأ معروف:

- **الخطأ الطبي:** أن تظن أن كل ما يمكن فعله تقنيًا يجب فعله.
- **الخطأ الأخلاقي:** أن تجعل مبدأً واحدًا (الاستقلالية مثلًا، أو عدم الإضرار) جوابًا لكل حالة.
- **الخطأ الفقهي:** أن تستدعي قاعدة كلية قبل أن تفهم الواقعة والاحتمالات والمآل.
- **الخطأ النظامي:** أن تساوي بين «لا يخالف النظام» و«هو الأفضل للمريض».

وفائدة النموذج الكبرى أنه **يكشف موضع الخلاف**: إذا اتفقت الأركان قوي القرار، وإذا اختلفت عرف الفريق ما ينقصه بالضبط: معلومة، أو حوار، أو فتوى، أو تفسير نظامي.

البوابات الخمس: خمسة أسئلة قبل التحليل

قبل أن تفتح التحليل أجب عن خمسة أسئلة؛ فجواب أحدها قد يغنيك عن التحليل كله أو يغيّر شكله:

• **الأولى -هل المريض مستقر؟** إن كان في خطر فوري فقدّم التدخل المنقذ المتناسب، **ولا تنتظر بالمريض حتى يكتمل التحليل.**

• **الثانية -هل يملك المريض القدرة على هذا القرار؟** القدرة تُقدَّر لقرار بعينه في وقت بعينه، ويمكن دعمها بالترجمة أو التبسيط أو ضبط الألم أو إيقاف دواء مشوّش. **ورفض المريض رأيَ الفريق ليس دليلًا على فقد القدرة.**[2] وتفصيل تقييم الأهلية في الفصل الخامس.

• **الثالثة -من صاحب الصفة؟** من المريض؟ ومن يحق له أن يشارك أو ينوب عنه؟ وما سند هذه الصفة؟ **كثير من الخلاف سببه الغموض في من يملك القرار، لا اختلاف في القيم.**

• **الرابعة -ما السؤال بالضبط؟** حدد الفعل المطلوب تقريره وحدوده الزمنية: **هل نبدأ أو نستمر أو نوقف؟ ماذا؟ لمن؟ ومتى؟**

• **الخامسة -هل يوجد خطر على أحد؟** إيذاء للنفس، أو عنف، أو عدوى، أو قاصر في خطر؛ فهذا يستوجب إجراءً حاميًا ومسارًا نظاميًا للتبليغ.[3]

وفي الطوارئ يُختصر التحليل ولا يُلغى: تقدّم التدخل الضروري المتناسب، ثم تستكمل التبصير والتوثيق حين يزول العذر. فإذا أجبت عن البوابات الخمس وبقي التعارض، بدأ التحليل.

البنية: أربعة أركان، ولكل ركن أربعة مرتكزات

الركن	مرتكزاته الأربعة
الطبي	التشخيص ودرجة يقينه؛ هدف التدخل ودواعيه؛ المنافع والأضرار والمآلات؛ البدائل والرفض ومحفزات المراجعة
الأخلاقي	صوت المريض وقدرته؛ الإحسان وعدم الإضرار؛ العدالة وعدم التمييز؛ الكرامة وجودة الحياة والسياق
الفقهي	تصوير الواقعة وتكييفها؛ النصوص والقرارات والاجتهاد؛ المقاصد والقواعد والمآلات؛ مرتبة الحكم والخلاف وتحقيق المناط
النظامي	النظام واللائحة والسياسة؛ الصلاحية ومعيار العناية؛ الرضا والتوثيق والإثبات؛



شكل 2: طريق القرار: البوابات الخمس، ثم الأركان الأربعة بترتيبها، ثم القرار الموزون.

ولكل ركن سؤال واحد يحكمه:

- الطبي: ما الحقيقة الطبية؟ وما الذي يمكن فعله واقعًا؟
- الأخلاقي: ما القيم التي تتزاحم هنا؟
- الفقهي: ما الحكم الراجح؟ وأي البدائل أقرب إلى مقاصد الشريعة؟
- النظامي: من يملك القرار؟ وكيف يُنفَّذ ويُوثَّق؟

وأربعة مبادئ تحكم النموذج كله:

1. **الحقائق أولًا:** الحقيقة الطبية لا يُصوَّت عليها، ولا يُبنى حكم على واقعة غير محررة.
2. **تسمية القيم:** القيم المتزاحمة تُذكر صراحة، لا تعمل خفية في القرار.
3. **الترجيح بالمقاصد والقواعد:** لا برأي الأغلبية ولا بالانطباع.
4. **المسؤولية الجماعية:** يُتخذ القرار بالتشاور، ثم يُوثَّق باسم من قرر وصفته؛ فالمسؤولية لا تذوب في اللجنة ولا تُلقى على فرد وحده.

وإذا لم يكن لركن أثر في الحالة فاكتب: «لا يظهر له أثر حاسم هنا»، ولا تخترع تحليلًا لا يغيّر القرار.[1]

ما الذي يقدمه كل ركن؟

| الركن الطبي يفصل بين ما هو واقع، وما هو احتمال، وما هو مجهول. وفرّق فيه بين ثلاثة أشياء: **عدم الفائدة** (التدخل لا يحقق هدفه أصلًا)، و**ضعف الجدوى** (أثره محدود وقد يفوقه عبؤه)، و**الحكم على جودة الحياة** (حكم قيمي لا يستقل به الفريق

من غير منظور المريض). وتذكّر أن **الامتناع عن التدخل له ضرر أيضًا**. وفي دراسة مقارنة اختلف تقدير الطبيب وتقدير ممثل المريض لمآل المرض بعشرين نقطة مئوية أو أكثر في أكثر من نصف الحالات؛ فقولك «شرحنا للأسرة» لا يثبت أنهم فهموا.[4]

| **الركن الأخلاقي** يجعل استقلالية المريض **مدعومة لا معزولة**. فإذا فقد المريض القدرة رجعنا بالترتيب إلى: توجيه سابق معتبر، ثم قرار نيابي يقارب ما كان سيختاره، ثم مصلحته الفضلى. **والولي أمين على المصلحة، لا مالك للجسد**؛ وتفصيل ترتيب الأولياء في الفصل الخامس.[2، 5] وعدم الإضرار يمنع التخلي عن المريض: فإذا رفض علاجًا بقيت له الرعاية الأخرى.

| **الركن الفقهي** يسير في خمس خطوات: تصوير الواقعة، ثم تكييفها (هل هي مسألة تداوٍ، أم إذن، أم ولاية، أم سر، أم ضرورة، أم تزاحم؟)، ثم الاستدلال، ثم تحقيق المناط والنظر في المآل، ثم تنزيل الحكم مشروطًا؛ وتفصيل هذه الخطوات في الفصل الثاني. وعمود هذا الركن قرارات الاجتهاد الجماعي بأرقامها:

- **قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7):** الأصل في التداوي المشروعية، ويشترط إذن المريض تام الأهلية، وتصرف الولي مقيد بمنفعة المولَّى عليه، ولا يتوقف العلاج على الإذن في الإسعاف.[6]
- **قرار 79 (10/8):** الأصل حظر إفشاء السر، ويستثنى ما يدفع ضررًا أشد أو يحقق مصلحة راجحة.[7]
- **قرار 142 (8/15):** فصّل صور ضمان الطبيب.[8]
- **قرار 172 (10/18):** أجاز التدابير الإسعافية دون موافقة بشروطها، وأرجأ البتّ في صور منها رفض المريض المستعجل؛ ثم حسمها القرار 184 (10/19) في «الإذن في العمليات الطبية المستعجلة».[9]

وما وراء هذه القرارات من مسائل اجتهادية يُذكر فيه الخلاف وسببه، ولا يُنسب إلى «الشرع» ما ليس فيه نص. **والقاعدة الفقهية توجّه السؤال ولا تقوم مقام الدليل**: فلا تقل «الضرورات تبيح المحظورات» قبل أن تثبت الضرورة، وعدم البديل، والتناسب.

| **الركن النظامي** يفرّق بين النظام واللائحة والسياسة والمدونة؛ فليست كلها في درجة واحدة. ومن نظام مزاولة المهن الصحية ثلاث مواد ستعود إليها كثيرًا: **المادة التاسعة** توجب أن يستهدف العمل الطبي مصلحة المريض، وألا يتجاوز الممارس

اختصاصه إلا للضرورة.[10] **والمادة التاسعة عشرة** تجعل الرضا أصلًا، وتستثني الطوارئ **عند تعذر الموافقة، لا عند مجرد استعجال الطبيب**؛ وتفصيلها في الفصل الخامس.[10] **والمادة الحادية والعشرون** تحفظ سر المريض بضوابطه؛ وتفصيلها في الفصل السابع.[10]

ومثال على دقة الاستدلال النظامي: السياسة الوطنية لعدم الإنعاش صدرت بقرار المجلس الصحي السعودي رقم **64/3** وتاريخ **1434/3/1هـ**، وبُنيت على فتوى اللجنة الدائمة رقم **12086** وقرار هيئة كبار العلماء رقم **190**. فقول «هناك فتوى» لا يكفي لتحديد نطاق القرار؛ وتفصيل عدم الإنعاش في الفصل الحادي والأربعين.[11] **وتذكّر أن عملك يُقاس ببذل العناية اليقظة، لا بضمان النتيجة.**[8، 10]

كيف تجمع بين الأركان دون خلط؟

رتّب ما توصلت إليه في ثلاث طبقات:

1. **حقائق وحدود مهنية:** لا يُصوَّت عليها.
2. **التزامات ضابطة:** نص نافذ، أو حق أساسي، أو شرط شرعي؛ لا يُتجاوز بمبدأ عام.
3. **مساحة ترجيح:** بدائل مشروعة تحتاج إلى موازنة.

فلا يتجاوز الفريق نصًّا نافذًا بمبدأ عام، ولا يستعمل النظام لإسكات سؤال أخلاقي في المساحة التي يتركها النظام مفتوحة.

اتفاق الأركان	اعتماد الخطة مع التوثيق والمراجعة
نقص معلومة	استكمالها قبل الترجيح إن سمح الوقت
خلاف قيمي	حوار منظم ودعم قرار المريض أو ممثله
خلاف فقهي	عرض الخلاف وطلب فتوى موثوقة عند الحاجة
غموض نظامي	استشارة الجهة المختصة وإجراء مؤقت آمن
منع قاطع	استبعاد البديل وشرح السبب مع استمرار الرعاية

القرار المهني الموزون. هو ما يُختم به تحليل كل حالة في الكتاب. **وليس جمع درجات ولا تصويتًا**، بل اختيار البديل الذي تجتمع فيه خمسة أوصاف:

- ممكن طبيًا وداخل نطاق الاختصاص.

- يحترم النصوص النافذة والحقوق الأساسية.
- يحقق المقصد والمصلحة الراجحة بأقل ضرر ممكن.
- يراعي صوت المريض وسياقه.
- يمكن تنفيذه وتوثيقه ومراجعته.

ويُكتب في الملف بصيغة تجيب عن خمسة أسئلة: **ما الفعل؟ ولماذا؟ وما حدوده؟ وما البدائل التي استُبعدت ولماذا؟ ومتى يُراجَع ومن يراجعه؟** وإذا تقاربت البدائل فقدّم **الأقرب إلى الرجوع عنه، والأقل تقييدًا، والأحفظ لخيارات المستقبل.**

الشرط الذي إذا تغيّر تغيّر الحكم

أكثر أحكام هذا الكتاب **مشروطة لا مطلقة**؛ فالحكم يدور مع سببه، وسببه واقعة قابلة للتغير: درجة يقين التشخيص، أو احتمال نفع التدخل، أو قدرة المريض، أو وجود بديل، أو صفة من يملك القرار.

ولهذا يُطلب في كل قرار موزون أن **تسمّي الشرط الذي إذا تغيّر تغيّر الحكم**، وأن تكتب معه **محفّز المراجعة**: ما العلامة التي تعيد فتح الملف؟ ومتى يُراجع؟ ومن يراجعه؟ فمن كتب سقفًا للعلاج ولم يكتب الشرط الذي بُني عليه، فتح الباب لنقل قراره إلى حالة أخرى لا ينطبق عليها. ومن كتب الشرط جعل قراره قابلًا للمراجعة عند تغيّر الحال، من غير اتهام لمن قرر أولًا. **وهذا هو المعنى العملي لتحقيق المناط.**

درس تطبيقي: معضلة واحدة من البوابة الأولى إلى التوثيق

امشِ مع هذه الحالة خطوة خطوة؛ فهي النموذج الذي ستكرره في كل فصل. **مريض في الثامنة والستين، بسرطان رئوي منتشر، كامل الأهلية، يرفض التنفس الاصطناعي عند التدهور، ويعترض أحد أبنائه.**

الخطوة الأولى: أجب عن البوابات الخمس

- **الاستقرار:** لا خطر فوري الآن؛ فعندك وقت للتحليل الكامل.
- **القدرة:** ثبتت بالتقييم: يفهم حاله، ويدرك أن ما يُشرح ينطبق عليه، ويوازن، ويعبّر عن اختيار ثابت. **ورفضه ليس دليلًا على فقد القدرة.**
- **صاحب الصفة:** المريض نفسه. والابن حاضر يُسمع ويُشرح له، لكنه ليس وليًّا على شخص قادر.
- **السؤال:** ليس «هل نعالج أو لا؟» بل: **هل يُوثَّق الامتناع عن التنفس الاصطناعي**

عند التدهور؟ فعل محدد، لمريض محدد، في ظرف محدد.

• **الأمن:** لا خطر على المريض من غيره، ولا على غيره منه.

أُجيب عن البوابات وبقي التعارض (رغبة المريض في مقابل اعتراض الابن)، فيبدأ التحليل.

الخطوة الثانية: اكتب حاصل كل ركن ودرجة يقينه

• **الطبي:** التنفس الاصطناعي هنا **داعم لا شافٍ**؛ منفعته هامشية وعبؤه ثقيل. درجة اليقين: راجح. وضرر عدم التدخل مذكور لا مخفي.

• **الأخلاقي:** رفض القادر المستبصر **ملزم**. والأسرة دعم لا بديل. والكرامة وجودة الحياة تُقدَّران من منظور المريض لا من منظور الابن.

• **الفقهي:** التكييف: مسألة تداوٍ وإذن. والتداوي هنا **غيرواجب**؛ فقرار مجمع الفقه رقم **67 (5/7)** جعل الأصل في التداوي المشروعية، وأن حكمه يتغير بالحال، واشترط إذن المريض تام الأهلية.[6] والامتناع عن الإنعاش عند انتفاء الجدوى جائز بحسب فتوى اللجنة الدائمة رقم 12086 التي بُنيت عليها السياسة الوطنية، **بشرط إثبات انتفاء الجدوى طبيًا**، لا بمجرد كلمة «ميؤوس منه».

• **النظامي:** الرضا أصل بنص **المادة التاسعة عشرة**، والمريض قادر فلا يدخل في استثناء الطوارئ. وتُتبع السياسة الوطنية لعدم الإنعاش (قرار المجلس الصحي السعودي رقم **64/3** وتاريخ **1434/3/1هـ**) بنصابها وتوثيقها.[10، 11]

الخطوة الثالثة: رتّب النتائج في طبقاتها

• **حقيقة لا يُصوَّت عليها:** التدخل داعم لا شافٍ.

• **التزام ضابط:** رفض القادر ملزم بحسب قرار المجمع 67 والمادة التاسعة عشرة.

• **مساحة ترجيح:** كيف يُصاغ سقف العلاج؟ وما الذي يستمر؟ وكيف يُشرك الابن بإذن أبيه؟

والنتيجة هنا **اتفاق الأركان**، فتُعتمد الخطة مع التوثيق والمراجعة. ولو اعترض الابن على «الحقيقة الطبية» نفسها لكان الخلاف نقصَ معلومة يُعالج بالشرح، لا خلافًا في القيم يُعالج بالحوار.

الخطوة الرابعة: اكتب القرار بعناصره الثمانية

يُكتب القرار في فقرة واحدة تجيب عن: **ما الفعل؟ ولماذا؟ وما حدوده؟ وما الشرط**

المغيِّر؟ وما الذي استُبعد ولماذا؟ ومن أذن؟ ومن ينفّذ؟ ومتى يُراجَع؟ وصورته في حالتنا:

تقرر احترام رفض المريض للتنفس الاصطناعي وتوثيقه وفق السياسة الوطنية، **لأن** التدخل داعم لا شافٍ ورفض القادر ملزم؛ **مع استمرار** علاج الأعراض والأكسجين والتسكين والرعاية التمريضية والتلطيفية كاملة؛ **ويعاد النظر إذا** طلب المريض ذلك، أو تغيّرت قدرته، أو استجد ما يغيّر الصورة الطبية. **واستُبعد** التصعيد الكامل لأنه لا يحقق هدفًا علاجيًا ويثقل المريض بما رفضه، **واستُبعد** تسليم القرار للأسرة لأن المريض قادر. **شارك** الفريق المعالج واستُشير فريق التلطيف، **وأذن** المريض بعد تبصير موثَّق التحقق من فهمه، **ويتولى** الطبيب المعالج التنفيذ والتواصل مع الأسرة، **وتُراجَع** الخطة أسبوعيًا وعند كل تغير سريري مهم.

لاحظ في هذه الصيغة ثلاثة أشياء: الحدود مكتوبة، فلا يُفهم رفض التنبيب تركًا للمريض. والمستبعَد مكتوب مع سببه. والشرط المغيِّر مسمًّى.

الخطوة الخامسة: وثّق بما يفهمه من لم يحضر

اكتب في الملف: **السؤال** في جملة؛ و**الوقائع الحاكمة** ودرجة يقينها؛ و**تقييم القدرة** ومن شارك أو ناب وسنده؛ و**حاصل الأركان** مع النصوص **بأرقامها وتواريخها** لا بعبارة «هناك فتوى»؛ و**القرار** بصيغته؛ و**التبليغ**: من بُلِّغ وما الذي تحققت من فهمه، لا «شُرح للأسرة»؛ و**المشاورات** بأسماء أصحابها؛ و**التوقيع والتاريخ**. واكتب هذا كله **وقت القرار، لا بعد النزاع**؛ فتعديل الملف لاحقًا من غير بيان صريح لتاريخ التعديل وسببه إخلال بالسجل يُنشئ مسؤولية مستقلة.

تمرين قصير: لو فقد هذا المريض قدرته قبل التدهور، أي بوابة تتغير؟ الثانية. وماذا يصير رفضه الموثَّق؟ توجيهًا سابقًا معتبرًا يتقدم على رأي الابن. وهذا هو «الشرط المغيِّر للحكم» حين يقع فعلًا.

القواعد الفقهية الكلية الخمس وفروعها بأمثلة طبية

القواعد الكلية الكبرى خمس: **الأمور بمقاصدها، واليقين لا يزول بالشك، والمشقة تجلب التيسير، والضرر يزال، والعادة محكَّمة**. وتحتها فروع تدور حولها أكثر الحالات في هذا الكتاب. وتأصيلها في الفصل الثاني؛ وما يعنيك هنا أن **تحفظ لكل قاعدة تعريفها وقيدها معًا**؛ فالقاعدة بلا قيدها تصير شعارًا يبرر كل شيء.

١. **الأمور بمقاصدها.** يُحكم على الفعل بما قُصد به، لا بصورته وحدها. **مثال:** جرعة المسكّن المتناسبة بقصد التسكين مشروعة على الراجح عند الفقهاء المعاصرين، وإن احتُمل أن تقرّب الأجل؛ والجرعة نفسها بقصد الإماتة قتل محرم بالنص. **قيدها:** القصد لا يصحح وسيلة محرمة، ولا يغني عن التناسب والتوثيق.

٢. **اليقين لا يزول بالشك.** ما ثبت لا يُرفع باحتمال مجرد. **مثال:** لا يثبت تشخيص خطير، أو وفاة، أو فقد أهلية بظن ضعيف؛ وذمة الطبيب بريئة حتى يثبت الخطأ. **قيدها:** لا تُستعمل هذه القاعدة لإنكار عدم اليقين العلمي حين يكون حقيقيًا.

٣. **المشقة تجلب التيسير.** إذا عجز المكلف أو لحقه حرج شُرعت له الرخصة بقدره. **مثال:** المريض الذي يضره الصوم أو الوضوء يُرخَّص له بالنص، والطبيب يشهد له بالعذر بأمانة لا مجاملة؛ واختصار الإذن وقت الخطر ثم استكماله. **قيدها:** التيسير لا يلغي أصل الحق، ولا يُتخذ بابًا مفتوحًا.

ومن فروعها «**الضرورات تبيح المحظورات**»: ما يلحق بفواته هلاك أو ضرر جسيم يبيح المحظور **بقدره**، بشرط انعدام البديل والتناسب. **مثال:** كشف العورة للفحص، أو تدخل إسعافي بلا إذن **عند تعذر أخذه**. **وقيدها:** «الضرورة تُقدَّر بقدرها»: أقل إجراء، وأقصر زمن، وأضيق إفصاح؛ ويزول الترخيص بزوال الضرورة. ولا تعمل مع مجرد السهولة أو ضغط العمل.

٤. **الضرر يزال.** وأصلها حديث «لا ضرر ولا ضرار»: الضرر ممنوع ابتداءً، ومقابلته بضرر ممنوعة، وما وقع منه يُزال. وهي تحكم **الرعاية والامتناع معًا**، وتشمل **الطبيب والمريض**. **مثال:** جهاز أو قيد يؤذي مريض التلطيف ولا يفيده يُرفع؛ لكن الامتناع عن تدخل نافع ضرر أيضًا. **قيدها:** لا يُزال ضرر بضرر أكبر يمكن تجنبه.

ومن فروعها «**درء المفاسد مقدَّم على جلب المصالح**»: عند تعارض مفسدة ومصلحة **ورجحان المفسدة** تُقدَّم إزالتها. **مثال:** إجراء لا يحقق فائدة للمريض، ولو لم يضره، لا يُجرى بمجرد طلبه، وهو ما قررته اللائحة؛ وتجميل غير مستطب مفسدته راجحة يُرفض.[12] **قيدها:** التقديم عند رجحان المفسدة، لا عند كل خطر محتمل، وإلا امتنع الطب كله.

٥. **العادة محكَّمة.** العرف الصحيح مرجع فيما لا نص فيه. **مثال:** «الأصول العلمية المتعارف عليها» هي معيار الخطأ الطبي، وعرف المهنة في التوثيق والإحالة والمناوبة

يُحتكم إليه عند غياب النص. **قيدها:** لا يُحتكم إلى عرف يخالف الشرع أو النظام أو الدليل العلمي؛ وعرف قسم واحد ليس عرفًا للمهنة.

القاعدة الجامعة: القاعدة الفقهية **توجّه السؤال ولا تقوم مقام الدليل**. فقبل أن تقول «الضرورات تبيح المحظورات» أثبت الضرورة، وانعدام البديل، والتناسب؛ وإلا نزّلت حكمًا على غير سببه.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الأصل في التداوي المشروعية وتغير حكمه بالحال، واشتراط إذن تام الأهلية، وتقييد الولي بالمصلحة، وسقوط الإذن في الإسعاف	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 67 (5/7) [6]
الأصل حظر إفشاء السر، ويُستثنى ما يدفع ضررًا أشد أو يحقق مصلحة راجحة	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 79 (10/8) [7]
صور ضمان الطبيب، والتزامه بذل العناية لا ضمان النتيجة	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 142 (8/15) [8]
جواز التدابير الإسعافية دون موافقة عند تعذرها بشروطها	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 172 (10/18) [9]
جواز الامتناع عن الإنعاش عند انتفاء الجدوى بعد تحقق مناطه بإثبات طبي	فتوى، أُدرجت في سياسة وطنية	اللجنة الدائمة، فتوى 12086، وقرار هيئة كبار العلماء 190 [11]
الضرر يزال، والضرورة تُقدَّر بقدرها	نص شرعي (حديث «لا ضرر ولا ضرار») وقاعدة كلية متفق عليها	وتأصيلها في الفصل الثاني
القواعد الكلية الخمس (الأمور بمقاصدها، اليقين لا يزول بالشك، المشقة تجلب التيسير، الضرر يزال، العادة محكمة)	قاعدة أو مقصد	قواعد متفق على أصلها بين المذاهب؛ وتأصيلها في الفصل الثاني

جرعة المسكّن المتناسبة بقصد التسكين مشروعة وإن قرّبت الأجل احتمالًا، والجرعة بقصد الإماتة قتل	قول راجح عند المعاصرين، بناءً على قاعدة الأمور بمقاصدها	-

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **ملء الخانات بعبارات عامة**، فيصير التحليل شكليًا يثقل الملف ولا يغيّر القرار.
- **معاملة الأركان أصواتًا متساوية** يُجمع بينها بالتصويت.
- **البدء بالفقهي أو النظامي قبل تحرير الواقعة الطبية**، فيُنزَّل حكم على غير سببه.
- **وأخطرها: استعمال النموذج لتبرير قرار اتُّخذ سلفًا**، فتُنتقى الحقائق التي توافقه؛ وهذا يعطي القرار الرديء صورة الانضباط.

خلاصة عملية

نموذج الأركان الأربعة ليس وصفة تعطيك جوابًا واحدًا، بل **انضباط في طريقة السؤال**. وله حدود يجب أن تعرفها كما تعرف قوته: فهو لا يغني عن الفتوى الخاصة، ولا عن الجهة صاحبة الصلاحية؛ **وجودة ما يخرج منه من جودة ما يدخل فيه**. وأهم ما يقدمه الشفافية: فهو لا يعدك بإزالة كل خسارة أو خلاف، لكنه يمنع إخفاءهما. **والقرار المهني الموزون ليس القرار الذي لا ألم فيه، بل القرار الذي يمكنك أن تبيّن حقائقه وقيمه وأدلته وصلاحياته، وتدافع عنه أمام المريض والضمير والشرع والنظام.**

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. أُحيلت إليك حالة معقدة، فبدأ الفريق فورًا بمناقشة الحكم الشرعي قبل تحرير التشخيص ودرجة اليقين. ما الخلل؟

أ) لا خلل، فالحكم الشرعي هو المرجعية العليا فيبدأ به

ب) مخالفة مبدأ هيمنة الحقائق، فينزل الحكم على غير مناطه؛ والتصوير الطبي يسبق التكييف

ج) الخلل أن الفقيه لم يحضر الاجتماع

د) الخلل أن الأسرة لم تُستشر قبل البدء

2. مريض بالغ رفض خطة الفريق رفضًا واضحًا، فقال أحد الأطباء: «رفضه دليل على أنه فاقد الأهلية». ما الصحيح وفق البوابة الثانية؟

أ) صحيح، فمن يرفض العلاج المنقذ لا يكون مدركًا

ب) صحيح إذا أيدت الأسرة رأي الفريق

ج) القدرة تُقوَّم لقرار بعينه في وقت بعينه، ولا تُنفى لمجرد مخالفة المريض رأيَ الفريق

د) يُحال المريض إلى الطب النفسي لإثبات فقد الأهلية قبل أي إجراء

3. أثناء المناوبة وصل مريض في خطر فوري، وطلب مقيم تأجيل التدخل حتى يكتمل تحليل الأركان الأربعة. ما الصحيح؟

أ) يُقدَّم التدخل المنقذ المتناسب، ويُختصر التحليل لا يُلغى، ثم يُستكمل التبصير والتوثيق فور زوال العذر

ب) يُنتظر اكتمال التحليل لأن القرار المتسرع يفسد الملف

ج) يُلغى التحليل نهائيًا في كل حالة طارئة

د) يُحال الأمر إلى لجنة الأخلاقيات قبل أي تدخل

4. كتب فريق قرارًا بتحديد سقف العلاج، ولم يذكر ما الذي يعيد فتح الملف. ما الناقص في القرار؟

أ) لم يُذكر رأي الأسرة

ب) لم يُذكر اسم الطبيب المسؤول

ج) لم يُذكر الشرط المغيِّر للحكم ومحفّز المراجعة: ما العلامة التي تعيد فتح الملف، ومتى يُراجَع ومن يراجعه

د) لم يُذكر التشخيص الأساسي

5. قال زميل: «الإجراء لا يخالف نظامًا نافذًا، إذن هو القرار الصحيح للمريض». ما الاختزال الواقع فيه؟

أ) الاختزال الطبي

ب) الاختزال الأخلاقي

ج) الاختزال الفقهي

د) الاختزال النظامي، وهو مساواة الامتثال الأدنى بالقرار الأفضل للمريض

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) ج • 3) أ • 4) ج • 5) د

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] الغامدي، محمد سعيد. ملاحظات على التصور الشرعي لأخلاقيات الطب: الأبعاد الأربعة للمعضلة الطبية ومرجعية الشريعة (وثيقة المؤلف، 30 أغسطس 2026م)؛ ونموذج الأركان الأربعة لحل المعضلات في الأخلاقيات الطبية (وثيقة المرتكزات الستة عشر).

[2] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. **8**th ed. Oxford University Press ؛ **.2019**

[3] المملكة العربية السعودية. نظام حماية الطفل، المرسوم الملكي رقم (م/14) وتاريخ 1436/2/3هـ.

[4] White DB, Ernecoff N, Buddadhumaruk P, et al. Prevalence of and factors related to discordance about prognosis between physicians and surrogate decision makers of critically ill patients. JAMA. 2016;315(19):2086–2094**.**

[5] Hasan M, Khan A, Abdul Hathi MB, Salahudeen SM. The Four Principles in Islamic and Western Medical Ethics: A Scoping Review. The New Bioethics**.135–31:120؛2025 .**

[6] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م.

[7] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية، الدورة الثامنة، بروناي، 1–7 محرم 1414هـ / 21–27 يونيو 1993م.

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

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 172 (10/18) بشأن الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة، بوتراجايا، 24–29 جمادى الآخرة 1428هـ / 9–14 يوليو 2007م.

[10] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ (ولا سيما المواد التاسعة والتاسعة عشرة والحادية والعشرين).

[11] المجلس الصحي السعودي. السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش، قرار المجلس رقم 64/3 وتاريخ 1434/3/1هـ؛ مع فتوى اللجنة الدائمة رقم 12086 وتاريخ 1409/6/30هـ وقرار هيئة كبار العلماء رقم 190 وتاريخ 1419/4/6هـ.

[12] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية ومرفقاتها.

الإذن الطبي والمو افقة المستنيرة

Chapter 5 -Consent and Informed Decision-Making

لن تصلح الورقة ما لم يُصلح مسار القرار نفسه.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

يبدأ هذا الباب من مفارقة ستراها بعينك: أن أكثر ما يُسمّى «موافقة مستنيرة» ورقةٌ تُدفع إلى المريض قبل دقائق من الإجراء فيوقّعها دون أن يقرأها. فالإجراء تمّ شكلًا، والحق لم يُؤدَّ حقيقةً.

والإذن في جوهره ليس توقيعًا بل قرارًا على بيّنة؛ والتوقيع أثرٌ من آثاره لا بديلٌ عنه. فالسؤال الصحيح ليس «هل وقّع؟» بل **«هل فهم فاختار؟»**.

وليست هذه مبالغة نظرية. ففي دراسة أُجريت بين يونيو وأغسطس 2022م على **281** مريضًا أو نائبًا في مدينة الملك فهد الطبية، لم يقرأ **66.2%** النموذج قبل التوقيع. ولم يستطع **40.6%** منهم ذكر أي خطر، ولم يعرف **19.9%** هل توجد بدائل.[1] وفي دراسة على **387** مريضًا في وحدة جراحة اليوم الواحد بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض، قرأ **54%** فقط النموذج وعرفوا من قدّمه لهم.[2]

ثلاثة يُخلط بينها

المصطلح	معناه	ما لا يعنيه
الإذن	رفعُ المريض للحرمة عن بدنه لغرضٍ محدد	ليس تنازلًا عن حقه في الرعاية أو المساءلة
المو افقة المستنيرة	قرارٌ حرّ مبنيّ على فهمٍ كافٍ للخيارات	ليست تلقّي معلومات دون فهم
التوقيع	دليلُ إثبات على أن الإجراء وقع	ليس دليلًا على الفهم ولا صكَّ براءة

والقواعد الخمس الحاكمة للباب كله: الإذن **قرارٌ لا ورقة**؛ والإذن **مقيَّد بمحله وغرضه**، فمن أذن بإجراءٍ لم يأذن بغيره، ومن أذن بالعلاج لم يأذن بالتصوير أو التعليم؛ والأهلية **تُقاس لقرارٍ بعينه في وقتٍ بعينه** لا وصفًا دائمًا للشخص؛ والولاية **نيابةُ حمايةٍ**

مقيَّدة بمصلحة المولَّى عليه لا سلطةَ تملّك؛ والرفض المستنير من القادر **ملزمٌ للفريق** ولا يُسقط واجب استمرار الرعاية بما لا يُرفض.

الأهلية والبيان



شكل 3: أركان الإذن الثلاثة، والعناصر الأربعة التي تُقاس بها القدرة.

تُقيَّم القدرة بأربعة عناصر: **الفهم** -أن يستوعب المعلومة الأساسية؛ **والتقدير** -أن يدرك أنها تنطبق عليه هو؛ **والاستدلال** -أن يوازن بين الخيارات بمنطق متسق مع قيمه؛ **والتعبير** -أن يُبدي اختيارًا ثابتًا.[3]

وضابطان يمنعان الظلم في الاتجاهين: **لا تُسقَط الأهلية بمخالفة التوصية** -وإلا صار كل مخالفٍ فاقدًا للأهلية؛ **ولا تُفترض الأهلية مع وجود مؤشرات على ضعفها** - فالتوقيع من مشوّش الذهن لا ينعقد. والخطوة الأولى دائمًا **معالجة ما يُضعف القدرة قبل تجاوزها**: ألمٌ غير مضبوط، أو نقص أكسجة، أو هبوط سكر، أو هذيان، أو أثر مهدئ، أو عائق لغوي. فكثيرٌ مما يُقرأ عجزًا هو أثرٌ قابل للعكس.

والبيان يُقاس بما فهمه المريض لا بما قلته أنت، ويتضمن ستة عناصر: التشخيص؛ والإجراء المقترح وما يتضمنه عمليًا؛ والمنافع؛ والمخاطر -الشائعةُ ولو كانت بسيطة، والجسيمةُ ولو كانت نادرة؛ والبدائل كلها ومنها عدم التدخل؛ وما بعد الإجراء.[4] وتحقّق من الفهم بإعادة الصياغة لا بسؤال «هل فهمت؟»: **«حتى أطمئن أنني شرحتُ جيدًا، كيف ستشرح لأهلك ما اتفقنا عليه؟»**

الطوارئ: الفرق الحاسم

يُستثنى من اشتراط الإذن حالةٌ اجتمع فيها أمران: **خطرٌ يستدعي تدخلًا فوريًا** لإنقاذ حياة أو عضو أو تلافي ضرر بالغ، **وتعذُّرُ الحصول على الإذن** في الوقت المناسب. ولا

يكفي أحدهما.

انتبه: فرّق بين **تعذُّر الإذن** -وهو موضع الاستثناء؛ و**صدور الإرادة بالرفض** من مريضٍ قادر -وهو ليس موضعه. فالمريض القادر الذي رفض **لم تتعذّر موافقته، بل صدرت إرادته.**

الأساس الفقهي والقرارات الحاكمة

الإذن عند الفقهاء **إباحةٌ مقيدة لا تمليكٌ مطلق**، وهو أمانةٌ متبادلة. وينطلق من أصلين: حرمة البدن، والاستخلاف -فالإنسان مستخلَفٌ في بدنه لا مالكٌ له ملكًا مطلقًا. ويترتب عليه عند عامة الفقهاء أن **الإنسان لا يملك أن يأذن بكل شيء**: فلا ينعقد إذنه على محرَّم لذاته، ولا على إتلاف عضوٍ سليم بلا حاجة. **فرضاه شرطٌ في المشروع لا مُنشِئٌ للمشروعية.** وتفصيل الأصول الفقهية العامة في الفصل الثاني.

وأركانه أربعة: **الآذن** بشرط الأهلية والطوعية والعلم؛ و**المأذون له** بشرط الترخيص والاختصاص؛ و**المحل** بشرط أن يكون الإجراء مشروعًا راجح النفع؛ و**الصيغة** ببيانٍ واضح للغرض والحدود.

القرار	مضمونه في هذا الباب
قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7)	«الأصل في حكم التداوي أنه مشروع»، واشتراط إذن تام الأهلية، وتقييد الولي بالمصلحة: «لا عبرة بتصرف الولي في عدم الإذن إذا كان واضح الضرر بالمولّى عليه»، وأن الإسعاف لا يتوقف على الإذن [5]
القرار رقم 184 (10/19)	العمليات المستعجلة: إذن القادر بعلاجه واجب يأثم بتركه، ويجوز للطبيب التدخل المنقذ استنادًا إلى الضرورة؛ ورفض ولي ناقص الأهلية لا يُعتد به، وفي القيصرية المنقذة ينتقل الحق إلى ولي الأمر أو من ينيبه؛ ويتولى فريق لا يقل عن ثلاثة أطباء استشاريين ليس المعالج منهم التأكد من التشخيص والعلاج المقترح، مع شرح الخطورة وتوثيق الرفض [6]
القرار رقم 161 (10/17)	البحث: مشاركة كامل الأهلية «من غير إكراه ولا تغرير ولا خداع ولا استغلال» [7]
القرار رقم 173 (11/18)	الجراحة التجميلية: منع «مجرد تغيير الخلقة السوية تبعًا للأهواء» [8]
القراران 142 (8/15) و223 (7/23)	ضمان الطبيب إذا عمل دون إذن أو غرّر، مع عدم ضمان المضاعفات غير المقصودة متى وافق العمل الأصول [9]

قرارا هيئة كبار العلماء (119) و(173)	اشتراط إذن المريض للعمل الجراحي، واعتبار قول المرأة البالغة العاقلة في الجراحات الخاصة بها [10]

وقفة أمانة مع القرار 184. جعل القرار الإذنَ واجبًا شرعًا على المريض القادر الواعي إذا قرر الأطباء أن حالته مستعجلة، يأثم بتركه، **وأجاز** للطبيب إجراء التدخل اللازم إنقاذًا لحياته استنادًا إلى أحكام الضرورة. أما النظام السعودي -المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية والدليل السعودي للإذن الطبي -فيجعل الرضا شرطًا، ويعتد برفض القادر بعد التبصير مع توثيقه؛ وهو ما اشترطه القرار نفسه في بنده «خامسًا»: أن يشرح الطبيب أهمية العلاج وخطورة الحالة وآثار الرفض، فإن أصر المريض وثّق الطبيب ذلك. **والذي أختاره في التنزيل:** لا إكراه جسدي على القادر، ويُوثَّق الرفض بعد استنفاد الإقناع، ويُرفع الأمر إلى الجهة المختصة في صورة القيصرية المنقذة لحياة الجنين أو الأم كما نص القرار في بنده «رابعًا».[6، 11، 12]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية هي النص المركزي؛ تقرر أصل الرضا ثم تستثني الطوارئ عند **تعذّر الحصول على الموافقة في الوقت المناسب.** وتُبطل **المادة السابعة والعشرون** «كل شرط يتضمن تحديد مسؤولية الممارس الصحي أو الإعفاء منها» -فالنموذج الموقَّع ليس صكَّ براءة.[11] ويحظر **البند 5-3 من اللائحة التنفيذية** تصوير أو نشر العمليات والإجراءات إلا بثلاثة مجتمعة: موافقةٍ خطية من المريض، وموافقةِ المنشأة، وألّا يخالف ذلك الآداب العامة وأخلاقيات المهنة.[13]

وأمّا **الدليل السعودي للإذن الطبي** فهو المرجع التشغيلي الأول، ومن أدق ما فيه:

- **الأطفال:** لمن هم دون الخامسة عشرة تُؤخذ موافقة ولي الأمر؛ وأمّا من هم **بين الخامسة عشرة والثامنة عشرة فتُؤخذ الموافقة من المريض وولِيّ أمره معًا في كافة الأحوال** -إلا إذا كان التدخل ضروريًا لا يمكن تأجيله. و«البلوغ يتحقق بإكمال الثامنة عشرة».
- **ترتيب الأولياء:** الأب، ثم الجد من الأب، ثم الأم، ثم الأقرب من العصبات بالنفس.
- **لجنة الإذن** عند غياب الولي مع إمكان انتظار قصير: طبيبان مختصان لا يقل تصنيفهما عن أخصائي، وعضو من الإدارة الطبية، وأخصائي اجتماعي.
- **إنقاذ الحياة:** أربعة شروط مجتمعة، منها ترجيح الوفاة أو فقد العضو، **وإجماع**

طبيبين مختصين على الأقل. (وفريق الثلاثة الاستشاريين في القرار 184، ليس المعالج منهم، معيار فقهي للتأكد من التشخيص والعلاج المقترح، لا نصاب نظامي عام.) **والمساران متمايزان:** خطر فوري مع تعذر الولي فمسار إنقاذ الحياة بإجماع طبيبين ثم التوثيق؛ وغياب الولي مع إمكان انتظار قصير فلجنة الإذن.

- **المرأة الحامل:** يُؤخذ الإذن منها هي إذا توفرت أهليتها الكاملة، «**ولا يجوز تجاوزها**».
- **الإجبار:** «لا يجوز إجبار المريض أو ذويه... ويُعتبر ذلك منافيًا لصحة الإذن الطبي نظامًا».
- **السكوت:** «لا يصح الاستناد إلى سكوت المريض باعتباره إذنًا في الإجراء الطبي».[12]

حق المعرفة والاختيار: ضوابط القبول والرفض

الأصل أن يعرف المريض حقيقة حالته وخياراته. وله في المقابل **حق ألا يعرف**: أن يطلب ألا تُذكر له بعض التفاصيل، أو أن يعيّن شخصًا يتلقى المعلومات عنه. **ويُوثَّق هذا الطلب منه هو، ولا يُفترض لمجرد أن الأسرة تريد الحجب.** وقد راعت **المادة الثامنة عشرة** من نظام مزاولة المهن الصحية الأمراض المستعصية أو المهددة للحياة، مع اعتبار تقدير الطبيب وطلب المريض أو تعيينه من يُبلَّغ.[11] وأما امتناع الطبيب عن الإفصاح «حمايةً» للمريض فلا يُستعمل لمجرد توقع الحزن أو خشية رفض التوصية. بل يُضيَّق إلى **ضرر جسيم مباشر مرجَّح من الإفصاح نفسه**، ويُراجَع مع فريق مناسب، ويُؤجَّل القدر اللازم فقط مع خطة لإعادة البيان؛ وتفصيل حق المريض في المعلومة في الفصل السادس.

وللقبول الصحيح ثلاثة شروط تجتمع في الآذن: أهليةٌ لهذا القرار، وطوعيةٌ بلا إكراه ولا تغرير، وعلمٌ ببيان كافٍ. **والإكراه يُبطل الإذن ولا يجعله ناقصًا فحسب**، سواء جاء من الفريق («وقّع وإلا خرجت») أو من الأسرة.

وللرفض المعتبر شروط أيضًا: أن يكون **رفضًا مستنيرًا من قادرٍ فهم ما يرفض وعواقبه**. فإذا رفض، فواجبك ستة: **استكشاف السبب** -فقد يكون خوفًا أو تجربة سابقة أو معتقدًا قابلًا للمعالجة؛ و**معالجة ما يمكن معالجته**؛ و**بيان العواقب بلا تهويل**؛ و**عرض البدائل المقبولة**؛ و**إعطاء علامات العودة العاجلة**؛ و**توثيق ذلك كله**. ولا يُسقط الرفضُ حقَّ المريض في الرعاية، ولا يُعاقَب بتأخير أو جفاء. **وميّز الرفض**

الجزئي من الكلي: فمن قبل التسكين ورفض التنبيب يُحترم تفصيله. وللمريض **العدول** عن إذنه قبل الإجراء أو أثناءه إن أمكن الإيقاف بأمان، ولا يُعامَل عدوله عصيانًا.

من يقرر؟ فئةً فئة

هذا المبحث هو الذي ستحتاجه في المناوبة أكثر من غيره. لكل فئة ثلاثة أسئلة: **من يقرر؟ وما حدوده؟ وماذا تفعل في الطوارئ؟**

البالغ القادر

من يقرر: هو نفسه، ولو حضر زوجه أو ابنه أو أبوه. **حدوده:** لا ينعقد إذنه على محرَّم لذاته ولا على إتلاف عضو سليم بلا حاجة؛ ولا يُلزَم الطبيب بإجراء غير مستطب لمجرد الطلب. **في الطوارئ:** إن كان قادرًا فرفضُه نافذ حتى في الخطر على الحياة؛ فاستثناء المادة التاسعة عشرة **لتعذّر الإذن لا لتجاوز الرفض**. ولا يُجبر القادر على العلاج لمجرد أن الفريق يراه منقذًا.

الطفل (دون الثامنة عشرة)

من يقرر: لمن هم دون الخامسة عشرة: **ولي الأمر** أو من يمثله؛ ولمن هم بين الخامسة عشرة والثامنة عشرة: **المريض ووليه معًا في كافة الأحوال** -فللمراهق صوت مستقل لا مجرد إشراك أدبي. ويُشرَك الطفل الأصغر بالشرح والطمأنة بقدر فهمه **من غير تحميله مسؤولية القرار**. **حدوده:** تصرف الولي **منوط بالمصلحة**؛ فرفضه الواضح الضرر لا عبرة به بنص القرار 67 (5/7). **في الطوارئ:** إن **غاب الولي** وتعذّر الانتظار طُبّقت شروط إنقاذ الحياة الأربعة (إجماع طبيبين مختصين على الأقل، مع التوثيق والإخبار اللاحق). وإن **حضر الولي ورفض**: محاولة إقناع قصيرة محترمة، ثم تفعيل مسار حماية الطفل والجهة المختصة ما دام الوقت يسمح؛ فامتناع الولي عن علاج لازم من صور الإهمال في نظام حماية الطفل الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/14) وتاريخ 1436/2/3هـ. فإن ضاقت النافذة عُمل باستثناء الضرورة بقدره (وفريق الثلاثة الاستشاريين في القرار 184 لتأكيد التشخيص والعلاج المقترح)، وتفصيل الفئات الهشة في الفصل الثامن والثلاثين.[14، 6] **وسقوط اعتبار الرفض الضار ليس إعلانًا من الطبيب أن الولاية سقطت**؛ فتقييدها أو نقلها شأن الجهة المختصة.

فاقد الوعي (المغمى عليه والمخدَّر)

من يقرر: أولًا **توجيهه السابق** إن وُجد معتبرًا؛ ثم **وكيله الصحي** إن كان قد عيّنه وهو

كامل الأهلية؛ ثم **الولي بترتيبه**؛ فإن غاب الولي وأمكن انتظار قصير **فلجنة الإذن** بالمنشأة، وإن كان الخطر فوريًا فمسار إنقاذ الحياة بإجماع طبيبين مختصين. **حدوده:** النائب **يمثل المريض لا نفسه**: يبدأ بما عُرف من إرادته وقيمه، فإن لم تُعرف فمصلحته الفضلى بموازنة المنفعة والعبء والألم وإمكان التعافي والكرامة. **وتنتهي النيابة في القرار المعيَّن متى استعاد المريض القدرة على اتخاذه -بتقييم القدرة عند الحاجة -فلا يبقى للولي أن يقرر عن قادر. في الطوارئ:** خطر فوري + تعذّر الإذن = تدخل **بقدر الضرورة**، مع البحث عن ولي، والتوثيق، وإخبار المريض بعد إفاقته. وأما **غير العاجل** لمن لا نائب له فيُؤجَّل ما يمكن تأجيله ويُقتصر على الرعاية الضرورية مع تفعيل اللجنة؛ **ولا يُستخدم استثناء الطوارئ لتجاوز مسار كان يمكن استكماله بأمان.**

فاقد الأهلية (الاضطراب الذهاني، الإعاقة الذهنية، الخرف)

من يقرر: ابدأ بالسؤال الصحيح: **هل يملك هذا المريض القدرة على هذا القرار الآن؟** فالتشخيص وحده لا يُبطل الإذن؛ **فقد يحتفظ المصاب بالفصام أو الخرف الخفيف بالقدرة على قرار بعينه**، وقد يفقدها شخص بلا تشخيص بسبب هذيان. فإن ثبتت القدرة قرر هو؛ وإن انتفت لهذا القرار انتقل الحق إلى الولي بترتيبه. ويُعامَل المريض النفسي معاملة بقية المرضى ويُطلب إذنه لكافة التدخلات بشروط الدليل، **مع طلب استشارة أطباء الصحة النفسية عند ملاحظة أنه ليس بكامل أهليته. حدوده:** الولاية هنا **نيابة حماية** تُقيَّد بمصلحته، وتنتهي بعودة العقل والإدراك. **في الطوارئ:** الاستثناء الثالث في الدليل: **اضطراب نفسي شديد تمثل أعراضه احتمال خطر عليه أو على الآخرين**، ويُدار وفق نظام الرعاية الصحية النفسية الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/56) وتاريخ 1435/9/20هـ في الدخول الإسعافي والتحفظ والدخول الإلزامي (المواد 11–14) والرعاية العلاجية الإلزامية (المادة 17) -لا بتقدير الفريق وحده.[15]

الولي والوكيل: ترتيبهما وحدودهما

مسؤولية الولي في الدليل أن يأذن «بما يحقق مصلحة» المولّى عليه، وترتيبه المتقدم (الأب فالجد فالأم فالأقرب من العصبات) يمنع التنازع ويسرّع القرار؛ و«لا يكون الحاكم وليًّا ولا يحتاج إلى الرفع إليه إلا إذا لم يوجد أحدٌ من عصبته». **ولا تكفي القرابة**؛ بل يُشترط في الولي ما يُشترط في الآذن: أهلية قرار، وفهم لطبيعة الحالة، وقدرة على الاختيار المعتبر. **والوكيل الصحي** يعيّنه كامل الأهلية ليقرر عنه إن فقد قدرته، بشرط أن يكون

الموكِّل والوكيل جائزي التصرف، وأن يكون الإجراء مأذونًا فيه شرعًا، مع الإشهاد باثنين يُفضَّل أن يكونا من الممارسين الصحيين. **والتوكيل والإشهاد وسيلتا إثبات لا يصححان إذنًا معيبًا في أصله.** وإذا اختلف الأقارب فليس الحسم تصويتًا عائليًا ولا تقديمًا للأعلى صوتًا؛ بل يُعاد تحديد السؤال الطبي، ويُفصل الخلاف في الوقائع عن الخلاف في القيم، ويُستدعى المسار المؤسسي عند استمرار النزاع. وانتبه لنص حاسم: **الكادر المعني بالإجراء يُمنع منعًا باتًا من استصدار أو توقيع أي نموذج لأقاربهم من الدرجة الأولى.**[12]

الفئة	من يقرر	في الطوارئ
بالغ قادر	هو نفسه	رفضه نافذ؛ الاستثناء لتعذّر الإذن فقط
طفل دون 15	ولي الأمر	غياب الولي: طبيبان مختصان وتوثيق
طفل 15–18	المريض ووليه معًا	ضروري لا يُؤجَّل: يُقدَّم العلاج
فاقد الوعي	توجيه سابق ← وكيل ← ولي ← لجنة الإذن	تدخل بقدر الضرورة ثم إخبار
فاقد الأهلية	هو إن قدر على هذا القرار، وإلا الولي	خطر شديد: نظام الرعاية النفسية

التصوير والتسجيل والتعليم

القاعدة: **إذنٌ للغرض لا للوسيلة.** فموافقة المريض على الدخول أو الفحص أو العملية **لا تمتد تلقائيًا** إلى إنشاء مادةٍ قابلة للتداول، ولا إلى غرضٍ تعليمي أو نشري، ولا إلى تمكين متدرب من فحصه. وقد عدّ الدليل السعودي **تصوير المريض لأغراض علاجية أو تعليمية، والاستفادة من الأنسجة المزالة، والتدريب** من مواضع **الإذن المكتوب.** ولا يُكتفى بإخفاء الاسم؛ فالوجه والصوت والوشم والندبة والحالة النادرة قد تعيد التعرف، وتفصيل السرية والبيانات في الفصل السابع. ويُشدَّد في موضعين: **الفحص الحميم، والفحص تحت التخدير** -إذ لا يستطيع المريض الاعتراض؛ **فما لا يُفعل مع مريضٍ واعٍ لا يُفعل مع نائم.**

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
الأصل في التداوي المشروعية، واشتراط إذن تام الأهلية، ولا عبرة برفض الولي الواضح الضرر، ولا يتوقف الإسعاف على الإذن	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 67 (5/7) [5]

وجوب الإذن على القادر في المستعجل، وجواز تدخل الطبيب المنقذ استنادًا إلى الضرورة، وعدم الاعتداد برفض ولي ناقص الأهلية، وتأكيد التشخيص والعلاج بفريق لا يقل عن ثلاثة أطباء استشاريين ليس المعالج منهم، مع التبصير وتوثيق الرفض	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 184 (10/19) [6]
عدم الإكراه الجسدي على القادر وتوثيق رفضه بعد استنفاد الإقناع، ورفع صورة القيصرية المنقذة إلى الجهة المختصة	اجتهاد المؤلف في التنزيل	جمعًا بين القرار 184 [6] والمادة 19 والدليل السعودي للإذن الطبي [11، 12]
اشتراط إذن المريض للعمل الجراحي، واعتبار قول المرأة البالغة العاقلة في الجراحات الخاصة بها	قرار هيئة كبار العلماء	قرارا هيئة كبار العلماء 119 و173 [10]
ضمان الطبيب إذا عمل دون إذن أو غرّر، وعدم ضمان المضاعفات غير المقصودة إذا وافق العمل الأصول	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 142 (8/15) [9]، ومشروع القرار 223 (7/23) [17]
منع الجراحة التي مقصودها مجرد تغيير الخلقة السوية تبعًا للأهواء	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 173 (11/18) [8]
مشاركة كامل الأهلية في البحث من غير إكراه ولا تغرير ولا خداع ولا استغلال	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 161 (10/17) [7]
الإذن إباحة مقيدة لا تمليك، فلا ينعقد على محرم لذاته ولا على إتلاف عضو سليم بلا حاجة	قول عامة الفقهاء (حرمة البدن والاستخلاف)	-

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **أخذ التوقيع في ممر العمليات** قبل دقائق، فلا يبقى وقت للتفكير ولا للسؤال.
- **طلب توقيع الزوج أو الابن** مع حضور مريضٍ كامل الأهلية.
- **توسيع الإذن أثناء الجراحة** إلى ما لم يُؤذن به بحجة أن المريض «كان سيوافق».
- **تصوير المريض أو إدخال متدرب** بإذن العلاج نفسه.

خلاصة عملية

اسأل قبل كل إجراء: **هل فهم هذا المريض، في هذا الوقت، ما يُقترح عليه ولماذا وما بدائله، ثم اختار من غير ضغط؟** فإذا كان الجواب نعم كان التوقيع توثيقًا لقرار صحيح؛ وإذا كان لا، فلن تصلح الورقة ما لم يُصلح مسار القرار نفسه. وتذكّر أن عبء الإثبات في الموافقة الشفهية على الطبيب -وهذا وحده يكفي مسوّغًا للتوثيق المكتوب.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

اقتُصر على ثلاث حالات تغطي أكثر مواضع التعارض: الطفل في الخطر، ورفض البالغ القادر، وتجاوز نطاق الجراحة. ويُحلل كل مثال بـ| **الركن الطبي** والأخلاقي والفقهي والنظامي ثم **القرار المهني الموزون**.

الحالة الأولى: طفل يحتاج علاجًا عاجلًا: غياب الولي أو رفضه

| **السيناريو**. طفل في العاشرة لديه زائدة مثقوبة والتهاب صفاق، ويوصي الفريق بجراحة عاجلة. في الفرع الأول يتعذر الوصول إلى وليه. وفي الفرع الثاني يحضر الأب لكنه يرفض اعتمادًا على علاج غير مثبت، مع تزايد خطر الإنتان كل ساعة.

| **الركن الطبي**. الحالة مستعجلة؛ والتأخير يرفع احتمال الإنتان وفقد الحياة. يُثبت التشخيص ودرجة الاستعجال والبدائل الواقعية والوقت المتاح، ويشارك الطفل بالشرح والطمأنة بقدر فهمه من غير تحميله مسؤولية القرار.

| **الركن الأخلاقي**. مصلحة الطفل هي المعيار الأول، وسلطة الوالدين وسيلة لحمايته. تُبذل محاولة إقناع قصيرة ومحترمة، مع بيان أن رفض الأب لا يُعاقب عليه الطفل. ويُطلب دعم الإدارة أو الخدمة الاجتماعية مبكرًا، لا بعد انقضاء النافذة العلاجية.

| **الركن الفقهي**. قرار مجمع الفقه رقم 67 (5/7) قيّد تصرف الولي بالمصلحة وأسقط اعتبار الرفض الواضح الضرر [5]. وقرار 184 (10/19) لم يعتد برفض ولي ناقص الأهلية في العلاج المستعجل (وفي القيصرية المنقذة ينتقل الحق إلى ولي الأمر أو من ينيبه)، بعد شرح الخطورة وتوثيق الرفض، على أن يتولى فريق لا يقل عن ثلاثة أطباء استشاريين -ليس المعالج منهم -التأكد من التشخيص والعلاج المقترح [6].

| **الركن النظامي**. عند غياب الولي وتعذر الانتظار يطبق الدليل شروط الإنقاذ، ومنها رجحان خطر الوفاة أو فقد عضو وإجماع طبيبين مختصين على الأقل، مع التوثيق والإخبار اللاحق [12]. وعند وجود ولي رافض يُفعّل مسار حماية الطفل والجهة المختصة ما دام الوقت يسمح [14]. ونصاب الثلاثة الاستشاريين معيار فقهي حمائي، لا نصاب نظامي عام إلا إذا تبنته السياسة.

القرار المهني الموزون. في غياب الولي: تُجرى الجراحة الضرورية بعد استيفاء شروط الدليل

وتوثيق رأي طبيبين مختصين. وفي رفض الولي: يُستكمل الإقناع والمسار المؤسسي سريعًا؛ فإن صار التأخير مهددًا للحياة يُتجاوز الرفض بقرار جماعي موثق، ويُفضَّل تأكيد التشخيص والعلاج من ثلاثة استشاريين ليس المعالج منهم متى أمكن من دون تأخير. لا يمتد الاستثناء إلى إجراء غير لازم للإنقاذ.

الحالة الثانية: بالغ قادر يرفض بتر الساق

| **السيناريو**. رجل في الخامسة والخمسين لديه غرغرينا وإنتان، ويوصي الفريق ببتر عاجل لإنقاذ حياته. يرفض بعد أن يذكر أن فقد الطرف عنده أسوأ من احتمال الوفاة، ويطلب علاجًا تحفظيًا رغم ضعف فرص نجاحه. أسرته تطلب إجراء البتر رغم رفضه.

| **الركن الطبي**. يُعالج الألم والهذيان ونقص الأكسجة وأثر الأدوية، ثم تُقيّم القدرة للقرار نفسه: الفهم، والتقدير، والاستدلال، وثبات الاختيار. تُشرح احتمالات الوفاة وفشل العلاج التحفظي بلغة عددية، ويُعرض رأي ثانٍ ودعم نفسي أو روحي إذا طلبه المريض.

| **الركن الأخلاقي**. القرار ذو عبء قيمي كبير، ولا يدل رفض التوصية وحده على فقد الأهلية. على الطبيب أن يوصي بوضوح، ويستكشف الخوف والمعنى الذي يعطيه المريض لفقد الطرف، ويمنع ضغط الأسرة، ثم يستمر في الرعاية ولا يحول الرفض إلى هجر.

| **الركن الفقهي**. التداوي قد يبلغ الوجوب إذا غلب الهلاك بتركه، وقد نص قرار 184 (10/19) على أن إذن القادر بعلاجه في المستعجل واجب يأثم بتركه، وأجاز للطبيب التدخل المنقذ استنادًا إلى الضرورة [6]. لكن الحكم التكليفي في ذمة المريض لا يمنح الطبيب سلطة الإكراه البدني، ولا يصحح علاجًا بغير إذن خارج الضرورة المتعذرة؛ والذي أختاره في التنزيل -كما تقدم في الملخص- عدم الإكراه مع التوثيق بعد استنفاد الإقناع.

| **الركن النظامي**. المادة التاسعة عشرة تشترط للتدخل دون موافقة تعذر الحصول عليها في الوقت المناسب مع الحاجة الفورية [11]. هنا لم تتعذر الموافقة؛ بل صدر رفض من قادر. ويُوثق تقييم القدرة، ومضمون البيان، والبدائل، ورفض المريض، وخطة الرعاية وعلامات العودة.

القرار المهني الموزون. إن ثبتت القدرة والطوعية واستمر الرفض بعد بيان كافٍ، يُحترم ولا يُجرى البتر قسرًا. يقدّم الفريق أفضل علاج يقبله المريض، وتسكين الألم، وخطة متابعة واضحة، مع إعادة فتح الحوار إذا تغيرت حالته أو اختياره. وإذا فقد القدرة لاحقًا يُعاد التقييم ويُرجع إلى إرادته السابقة أو نائبه وفق النظام.

الحالة الثالثة: كتلة غير متوقعة أثناء الجراحة

| **السيناريو**. وافقت مريضة على استئصال المرارة بالمنظار. أثناء العملية وجد الجرّاح كتلة مبيضية لم تُذكر في الخطة، ولا يوجد نزف أو خطر فوري، ويرى أن استئصالها الآن يوفر عملية لاحقة. لا يتضمن نموذج الإذن تفويضًا بهذا الإجراء.

| **الركن الطبي**. تُقيّم الكتلة بصريًا ويُوثق ما يلزم سريريًا بأداة مؤسسية آمنة، من دون توسع. ما

دام التأخير إلى ما بعد الإفاقة لا يهدد الحياة أو العضو، فالفائدة العملية من الاستئصال الفوري لا تجعل الإجراء ضروريًا. أما النزف الكارثي أو الخطر المباشر فيعالج بأقل تدخل منقذ.

| **الركن الأخلاقي**. المريضة لم توازن مخاطر استئصال المبيض وأثره في الخصوبة أو الهرمونات ولم تناقش البدائل. توسيع الجراحة لأنها مخدرة يحوّل العجز المؤقت إلى فرصة لاتخاذ قرار عنها، وهو منافٍ للاستقلالية ومبدأ عدم الإضرار.

| **الركن الفقهي**. الإذن مقيد بمحله وغرضه، والضرورة تقدر بقدرها. فلا يمتد إذن المرارة إلى عضو آخر لمجرد إمكان الوصول إليه. ويقتصر الاستثناء على ما يندفع به خطر حالّ لا يحتمل انتظار عودة المريضة إلى القدرة.

| **الركن النظامي**. اشترط الدليل ألا يتجاوز الممارس حدود الإذن إلا في إنقاذ الحياة [12]، وحصرت المادة التاسعة عشرة التدخل دون موافقة في الحاجة الفورية مع تعذرها [11]. هنا يمكن الانتظار، فلا يتحقق الاستثناء.

القرار المهني الموزون. لا تُستأصل الكتلة. يُستكمل الإجراء المأذون به، وتُخبر المريضة بعد الإفاقة بالنتيجة ودلالتها وعدم اليقين، وتُعرض الفحوص والخيارات في قرار جديد. وإذا ظهر أثناء الجراحة خطر مباشر غير متوقع، يُوثق سبب الضرورة ويُجرى الحد الأدنى المنقذ فقط.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. مريضة كاملة الأهلية حضرت لجراحة تخصها، فطلب أحد الموظفين توقيع زوجها إضافةً إلى توقيعها. ما الحكم؟

أ) يُؤخذ الإذن منها هي ولا يجوز تجاوزها، ولها أن تختار من يمثلها إن ثبت توكيلها

ب) يلزم توقيع الزوج في كل الجراحات النسائية

ج) يكفي توقيع الزوج وحده إذا كانت المريضة قلقة

د) يُترك الأمر لسياسة القسم دون ضابط نظامي

2. مراهق عمره ست عشرة سنة يحتاج إجراءً غير عاجل. ممن تُؤخذ الموافقة وفق الدليل السعودي؟

أ) من ولي الأمر وحده لأنه لم يبلغ الثامنة عشرة

ب) من المريض ووليّ أمره معًا في كافة الأحوال

ج) من المريض وحده لأنه تجاوز الخامسة عشرة

د) من لجنة الإذن في المنشأة

3. مريض بالغ قادر رفض علاجًا منقذًا بعد بيان كافٍ، فقال طبيب: «تنطبق عليه حالة الطوارئ في المادة التاسعة عشرة فنتدخل بلا موافقته». ما الخطأ؟

أ) لا خطأ، فالخطر على الحياة يبيح التدخل مطلقًا

ب) الخطأ أنه لم يستشر الأسرة قبل التدخل

ج) الخطأ أن الاستثناء مشروط بتعذّر الحصول على الموافقة، وهنا لم تتعذّر بل صدرت الإرادة بالرفض

د) الخطأ أنه لم يوثّق التدخل في الملف

4. قدّم لك مريض نموذج إذن ووقّعه، ثم وقعت مضاعفة، فقال الفريق: «النموذج يعفينا من المسؤولية». ما الصحيح نظامًا؟

أ) النموذج يعفي من المسؤولية متى كان موقّعًا وصحيحًا

ب) الإعفاء صحيح في الإجراءات عالية الخطورة فقط

ج) الإعفاء صحيح إذا شهد عليه شاهدان

د) المادة السابعة والعشرون أبطلت كل شرط يتضمن تحديد مسؤولية الممارس أو الإعفاء منها، فالنموذج توثيق لا صك براءة

5. رجل مغمى عليه بعد حادث، ووصل ابنه وأخوه و ابن عمه، واختلفوا في الإذن بجراحة غير طارئة يمكن تأجيلها ساعات. ماذا تفعل؟

أ) يُقدَّم من يتقدم في ترتيب الولاية الشرعية، ويُقاس قراره بما عُرف من إرادة المريض ثم مصلحته الفضلى، ويُؤجَّل ما يمكن تأجيله مع الرعاية الضرورية

ب) يُؤخذ برأي الأغلبية من الحاضرين

ج) يُطبَّق استثناء الطوارئ فورًا لتجنب الخلاف العائلي

د) يُنتظر إلى أن يفيق المريض مهما طال الوقت ولو تدهور

مفتاح الإجابات

1) أ • 2) ب • 3) ج • 4) د • 5) أ

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Gray JL, Mrad IC, AlAyed AM, et al. It’s Called “Informed Consent,” But How “Informed” Are Patients? A Patient Perspective on Informed Consent in a Tertiary Care Hospital in Saudi Arabia. J Patient Saf. 2025;21(2):89–94. doi:10.1097/PTS.0000000000001.306

[2] Alshammari SA, Aldhalaan SA, Alqahtani AM, Khoja AT, Alkhulayfi GU, Aljudai MA. Patients’ Comprehension and Satisfaction with Informed Consent at Day Surgery Unit at King Khalid University Hospital, Riyadh, Saudi Arabia. Int J Med Dev Ctries. 2024;8(3):1010–1016. doi:10.24911/IJMDC..1704886083-51

[3]Appelbaum PS. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. New England Journal of Medicine. 2007;357(18):1834–.1840

[4]General Medical Council. Decision Making and Consent. .2020

[5] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذي القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م.

[6] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 184 (10/19) بشأن الإذن في العمليات الطبية المستعجلة، الدورة التاسعة عشرة، الشارقة، 1–5 جمادى الأولى 1430هـ / 26–30 أبريل 2009م.

[7] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 161 (10/17) بشأن الضوابط الشرعية للبحوث الطبية البيولوجية، الدورة السابعة عشرة، عمّان، 28 جمادى الأولى – 2 جمادى الآخرة 1427هـ / 24–28 يونيو 2006م.

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

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

[10] مجلس هيئة كبار العلماء. القرار رقم (119) في اشتراط إذن المريض للعمل الجراحي.

[11] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 1426/11/3هـ.

[12] وزارة الصحة. الدليل السعودي للإذن الطبي. الطبعة الأولى، 1440هـ/2019م، ونماذجه المعتمدة ومنها نموذج الصور والتسجيلات.

[13] اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، ولا سيما البند (5-3) في حظر تصوير أو نشر العمليات والإجراءات إلا بموافقة خطية وموافقة المنشأة.

[14] المملكة العربية السعودية. نظام حماية الطفل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/14) وتاريخ 1436/2/3هـ.

[15] المملكة العربية السعودية. نظام الرعاية الصحية النفسية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/56) وتاريخ 1435/9/20هـ.

[16] المملكة العربية السعودية. نظام حماية البيانات الشخصية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 1443/2/9هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 1444/9/5هـ، ولائحته التنفيذية.

[17] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. النص المنشور بعنوان «مشروع قرار رقم 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية»، الدورة الثالثة والعشرون، المدينة المنورة، 19–23 صفر 1440هـ / 28 أكتوبر – 1 نوفمبر 2018م.

حقوق المريض والحدود المهنية

Chapter 6 -Patient Rights and Professional Boundaries

الستر لا يُعطّل علاجًا لازمًا، والعلاج اللازم لا يُسقط الستر.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

المريض يكشف لك جسده وسرّه، ويقبل أن تُدخل في بدنه ما لا يفهم كنهه، ويوقّع على ما لا يستطيع تقدير عواقبه. وهو لا يفعل ذلك لأن عنده خيارًا آخر، بل لأنه يثق أن سلطتك ستُستعمل لمصلحته هو. ومن هنا نشأت حقوق المريض: ليست امتيازاتٍ تمنحها له، بل **قيودًا على سلطتك أنت**.

وانتبه: الإخلال بهذه الحقوق نادرًا ما يقع في صورة رفض علاج صريح. يقع هادئًا: أن تُخاطب المرافق وتترك المريض، أو تكتفي بالتوقيع دليلًا على الفهم، أو تقبل هديةً باهظة باسم المجاملة، أو تجمع دور المعالج مع دورٍ آخر فيضطرب حكمك السريري وأنت لا تشعر. والخطر في هذا الباب لا يأتي من الإهمال بل من **قربٍ زائد**.

الحقوق عبر مراحل الرعاية

لا تحفظ الحقوق قائمةً مبعثرة؛ اقرأها مع مسار المريض:

• **الوصول:** خدمة عاجلة بلا تمييز ولا شرط مالي مسبق. فالفرز والإنقاذ أولًا، ثم الإجراءات الإدارية.

• **التشخيص:** عناية قائمة على الدليل وكفاءة واستشارة عند الحاجة.

• **المعلومة:** شرح مفهوم صادق بلغته. وحق المعلومة ليس حق تلقّي كلام بل **حق الفهم**؛ فيُقاس بما فهمه المريض لا بما قلتَه أنت.

• **القرار:** رضا معتبر أو رفض محترم. والرضا أربعة عناصر: أهلية للقرار المحدد، ومعلومة كافية مفهومة، واختيار حر بلا إكراه، وتعبير عن القبول. وسقوط أحدها يبطل الرضا وإن وُجد التوقيع؛ وتفصيله في الفصل الخامس.

• **التنفيذ:** ستر وكرامة وشاهد سريري وتقليل للكشف. و**الخصوصية:** ضبطٌ لمن يطّلع على السجل ولماذا، وتفصيلها في الفصل السابع.

• **المتابعة:** استمرارية وتسكين ألم وعدم هجر.

• **المساءلة:** شكوى ورأي ثانٍ وردٌّ في زمن معقول، بلا أثر على رعايته.

ويُضاف حقٌّ يجمعها ويحميها: أن تبقى العلاقة مهنية -ألّا تُستثمر حاجته ولا اعتماده ولا امتنانه في منفعة لك. وهذا هو موضوع الحدود المهنية.

قاعدة تحفظها: الرضا المعتبر يُعاد إذا تغيّر شيء مؤثر في الإجراء أو المخاطر أو الأهداف. وموافقةٌ قديمة لا تغطي تغييرًا جوهريًا.

الاحترام والرحمة وعدم التمييز: ما معناها في الممر والغرفة؟

الكرامة أصلٌ سابق على كل الحقوق، ومعناها العملي أن يُعامَل المريض **شخصًا لا حالةً**. وهذا يُترجم إلى سلوك تراه العين: أن تخاطبه باسمه لا برقم سريره أو بتشخيصه، وأن تستأذنه قبل كل خطوة ولو كانت صغيرة، وأن تستره، وألّا تتحدث عنه بضمير الغائب وهو حاضر («المريض هذا عنده...» وهو يسمعك). واسأل نفسك في أول لقاء ثلاثة أسئلة صريحة ووثّق الجواب: من تريد حضوره؟ وما الذي يجوز أن نشاركه معه؟ وهل تريد أن تقرر بنفسك أم بمساعدة أسرتك؟

والرحمة ليست رقّةً في الكلام فقط؛ بل أن يبقى تعاطفك حاضرًا مع بقاء دورك المهني. فالطبيب الذي يعدّد الخيارات ثم يقول «الأمر لك» وينسحب لم يحترم استقلال المريض بل تخلّى عنه. والاستقلالية المدعومة أن تقدّم توصية مهنية مربوطة بأهداف المريض، وتكشف سوء الفهم والضغط، وتعينه على أن يختار ما ينسجم مع قيمه.[1] وقد يبقى المريض بلا علاج شافٍ، فيبقى حقه في تقوية معنوياته وتخفيف آلامه قائمًا؛ وهو ما نصّ عليه قرار المجمع 67 (5/7): «وعلى الأطباء وذوي المرضى تقوية معنويات المريض، والدأب في رعايته وتخفيف آلامه النفسية والبدنية بصرف النظر عن توقع الشفاء أو عدمه».[2] وعدم التمييز يبدأ من باب الطوارئ: يُمنع التمييز في الوصول بسبب الجنسية أو الحالة الاجتماعية أو التغطية التأمينية أو نوع المرض.[3] ويشتد المنع في **الأمراض الموصومة** -كالفيروسات المنقولة والاضطرابات النفسية والإدمان -حيث يُرفض المريض أحيانًا بحجة «الخدمة غير متوفرة» وهي متوفرة. وانتبه إلى عوائق لا تُرى: اللغة، والإعاقة السمعية أو البصرية، والأمية، وبُعد المكان؛ فتوفير المترجم ووسائل الوصول جزءٌ من حق الوصول لا خدمة إضافية. والعدالة في أبسط صورها: ألّا يختلف مستوى خدمتك باختلاف من يعرف المريض أو ما يملكه.

وهذه الحقوق ليست اجتهادًا فرديًا؛ فقد اكتمل في المملكة بناءٌ نظامي متعدد الطبقات: نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته، **ووثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى**، ودليل الإذن الطبي، ودليل أخلاقيات الممارس الصحي، ونظام حماية البيانات الشخصية، ونظام مكافحة جريمة التحرش. وتُقرأ بترتيبٍ في القوة: النظام أعلى، ثم اللائحة التنفيذية، ثم الأدلة المعتمدة من الهيئة، ثم سياسة المنشأة. فإذا تعارضت سياسة قسمك مع نص النظام فالنظام هو الحاكم.

الممارسة الطبية الشرعية: كشف العورة والخلوة وضوابط الفحص

هذا المبحث هو أكثر ما ستحتاجه يوميًا. والقاعدة الفقهية فيه، على ما قرره عامة الفقهاء والمجامع المعاصرة، واضحة: **الأصل حفظ العورة، والاقتصار في الكشف على موضع الحاجة**، واختيار الممارس من الجنس نفسه عند التيسر من غير تعطيل علاج لازم، وتجنّب الخلوة المحرمة بتنظيم بيئة الفحص والمرافق والشاهد السريري. ويُبنى عليها حكم عملي حاسم: كل لمس أو كشف لا تقتضيه الحاجة العلاجية تصرفٌ في بدنٍ معصوم بغير إذن، والأقرب في تكييفه أنه **اعتداء** لا مجرد سوء أدب. و«الضرورة تُقدَّر بقدرها» تحكم الكشف كما تحكم الإفصاح والتدخل.

الضابط	كيف تطبّقه عمليًا
الحاجة أولًا	لا لمس ولا كشف إلا لحاجة مهنية، بعد شرح وإذن
بقدر الحاجة	اكشف موضع الفحص فقط، واستر ما سواه أثناءه
الجنس نفسه	الطبيبة للمريضة عند التيسر، بلا تعطيل علاج لازم
لا خلوة	شاهد سريري مهني، وباب وستارة منظّمان
المرافق بإذن المريض	لا يُدخَل مرافق لا يريده، ولا تُكشف معلوماته أمامه
التعليم والتصوير	إذن منفصل قبل حضور متدرب وقبل أي تصوير

مثال سريع. في مناوبة ليلية تحتاج فحص بطن مريضة شابة. الخطوات: اشرح لها ما ستفعله ولماذا، واستأذنها، واطلب ممرضةً تحضر الفحص، واكشف البطن وحده مع ستر ما فوقه وما تحته، وأنهِ الفحص فور استيفاء الحاجة. فإن طلبت طبيبةً وكانت متاحة فأجب طلبها؛ وإن تعذّر ذلك والحالة لا تحتمل التأخير فاشرح لها الضرورة والتزم الضوابط الباقية كلها. فالستر لا يُعطّل علاجًا لازمًا، والعلاج اللازم لا يُسقط الستر.

وانتبه إلى ثلاث نقاط يُخطئ فيها الطلاب:

• **حضور الثالث ليس اتهامًا لأحد.** هذه الضوابط تحمي الطرفين معًا: المريضَ من الأذى والحرج، والممارسَ من التهمة. فحضور ثالثٍ مهني رفعٌ لسبب الشبهة عن الجميع، لا شكٌّ في أحد. وإن استثقلتَه في مناوبة مزدحمة فتذكّر أن نظام مكافحة جريمة التحرش يشدّد العقوبة إذا كان للجاني سلطة على المجني عليه، أو وقع الفعل في مكان رعاية، أو كان المجني عليه فاقدًا للوعي. وهي أوصاف تجتمع في غرفة الفحص.[4] والشاهد السريري هو حمايتك من تأويل بريء وقع في موضع شبهة.

• **الستر يشمل السر كما يشمل البدن.** فحضور الأسرة لا يبرر مناقشة تشخيص المريض أمام مرافق لم يأذن به، ولا إدخال مرافق لا يريده المريض «لأنه من عائلته».

• **ضرورة العلاج لا تمتد إلى التعليم.** إذن المريض بالفحص لا يشمل تلقائيًا حضور طالب أو تصوير الحالة؛ فيُطلب إذن قبل حضور المتدرب، وإذن كتابي منفصل للتصوير والتعليم والنشر مع موافقة المنشأة، وتفصيله في الفصل الخامس. والصورة داخلة في الأمانة والخصوصية، وكشفها بلا مقتضٍ معتبر موجبٌ للمؤاخذة بمقتضى قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 79 (10/8).[5]

وعند فحص طفلٍ أو مريضٍ فاقد للوعي أو من ذوي الإعاقة تتضاعف هذه الواجبات؛ لأن قدرته على الاعتراض والشكوى أقل، ومظنّة الاستغلال أعلى. فاجعل الستر والشاهد والاقتصار على موضع الحاجة عندهم أشد لا أخف.

القاعدة الحاكمة: سلّم الحدود الثلاث

مسائل هذا الفصل ثلاث طبقات لا تُخلط:

• **طبقة محظورة قطعًا** لا تُدار بالضوابط ولا يبيحها رضا المريض: منها ما هو محرم بالنص كالعلاقة الجنسية خارج الزواج، وقبول مقابل على تفضيل في الرعاية (وهو من الرشوة)، وإفشاء السر بلا مسوغ؛ ومنها ما تحظره الأخلاقيات المهنية والأنظمة حظرًا قاطعًا كالعلاقة العاطفية مع مريض حالي.

• **طبقة تُدار بضوابط معلنة:** الهدية الرمزية، وعلاج القريب عند الضرورة، وازدواج الدور حين يتعذر البديل. وشرطها التصريح والتوثيق والرأي الثاني.

• **طبقة هي أصل الرعاية** لا يجوز أن تتأثر بشيء مما سبق: الإسعاف، والصدق، والاستمرارية، وعدم الهجر.

والحدود المهنية خمسة أنواع: جسدي، وتواصلي ورقمي، وعاطفي، ومالي ومادي،

وزمني ومكاني ودوري. ويُفرَّق بين **عبور الحد** -خروج محدود قد يكون مبررًا سريريًا -و**انتهاك الحد** -وهو ما يخدم حاجتك أنت أو يستثمر اعتماد المريض.[6] والعلامة الفارقة خمسة أسئلة: لمن المنفعة؟ وهل تستطيع الإفصاح عنه أمام الفريق؟ وهل هو عارض أم صار نمطًا؟ وهل يُطلب فيه كتمان؟ وهل غيّر -أو بدا أنه غيّر -عدالة قرارك؟

ثلاث مسائل ستواجهها فعلًا

الهدايا. لا تُعامل كل هدية رشوةً، ولا تقبل كل هدية باسم المجاملة. والمعايير سبعة: وقت الهدية، وقيمتها نسبةً إلى حال المريض لا في ذاتها، وتكرارها، ومعناها الثقافي، ودرجة هشاشة المريض، وسرية تقديمها، ووجود مقابل. وتُرفض قطعًا: النقود، والهدايا الباهظة أو الحميمة أو المتكررة، وما صاحبه طلب تقديم موعد أو وصف دواء أو تقرير، وكل هدية تخشى اطلاع زملائك عليها. وإذا رفضت فارفض **رفضًا دافئًا**: اشكر، واشرح أن السياسة تحمي المساواة، واقترح بديلًا مشروعًا.

العلاقات العاطفية. العلاقة مع مريض حالي محظورة، ويشمل الحظر ما دون الاتصال الجسدي: التلميح، والتعليق، والرسائل، والحسابات الرقمية. ورضا المريض هنا **مظنّة استغلال لا دليل براءة**، لأن مصدره غالبًا اعتماد علاجي لا اختيار حر.[7] وإن بدأ المريض سلوكًا عاطفيًا فالاستجابة خمس خطوات: أعد الحد بعبارة واضحة غير مهينة، وأوقف التواصل الشخصي، ووثّق بموضوعية، واطلب إشرافًا، وانقل الرعاية نقلًا آمنًا إن تعذّر استمرار الثقة -بلا عقوبة ولا تخلٍّ. وإن شعرتَ أنت بانجذاب فلا تختبره مع المريض ولا تكشفه له.

ازدواج الدور. ليس فسادًا بذاته، لكنه يرفع خطر أربعة: المحاباة، والإكراه، وإفشاء السر، واضطراب الحكم السريري. والسؤال العملي واحد: هل يمكن فصل الدورين من غير حرمان المريض؟ فإن أمكن فأحِل إلى مستقل. وفي علاج القريب تُقدَّم الضرورة العاجلة ثم تُنقل المتابعة. ومن أخفى صوره أن تعالج موظفًا تحت إشرافك؛ فيجتمع سلطانان -سلطة الطبيب وسلطة الرئيس -فيصعب عليه أن يرفض أو يشتكي. وتفصيل تضارب المصالح في الفصل السابع عشر.

الأساس الشرعي

يقوم الباب على التكريم: ﴿وَلَقَدۡ كَرَّمۡنَا بَنِيٓ ءَادَمَ﴾، وعلى الأمانة والعدل: ﴿إِنَّ ٱللَّهَ

﴿يَأۡمُرُكُمۡ أَن تُؤَدُّواْ ٱلۡأَمَٰنَٰتِ إِلَىٰٓ أَهۡلِهَا وَإِذَا حَكَمۡتُم بَيۡنَ ٱلنَّاسِ أَن تَحۡكُمُواْ بِٱلۡعَدۡلِۚ﴾.[8] والعلاقة العلاجية ائتمانٌ في جسدٍ وسرٍّ وقرار؛ فكل ما استُثمر فيه ضعف المريض لمنفعتك داخلٌ في خيانة الأمانة **وإن رضي المريض**.

والأقرب أن الأصل الجامع الذي تُرد إليه الحدود المهنية هو **سدّ الذرائع**: ما أفضى إلى المحظور مُنع وإن كان في صورته مباحًا. ومعه «الأمور بمقاصدها» فتُقوَّم الهدية والقرب بمقصدها ومآلها لا بصورتها.

وأصل باب الهدايا حديث ابن اللُّتْبِيَّة، وفيه قوله ﷺ: «ما بال العامل نبعثه فيأتي يقول: هذا لك وهذا أُهدي إليّ! أفلا جلس في بيت أبيه أو بيت أمه حتى ينظر أيُهدى إليه أم لا؟».[9] والمعيار فيه ليس القيمة بل **السبب**: هل جاءت بسبب موقعك؟

وقد قرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار142 (8/15)** أن التغرير بالمريض وتجاوز الإذن وإفشاء السر أسبابٌ مستقلة للضمان. والذي نختاره في التنزيل أن من استعمل ثقة المريض لتحصيل منفعة لنفسه فقد غرّر به ولو لم يقع منه خطأ فني.[10] وأصّل **مجلس هيئة كبار العلماء في القرار119** اشتراط إذن المريض للعمل الجراحي، وفي **القرار173** اعتبار قول المرأة البالغة العاقلة وحدها في الجراحات المتعلقة بها.[11، 12]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
مزاولة المهن الصحية، المادة (5)	الممارسة في نطاق احترام الحياة والسلامة والكرامة، **والابتعاد عن الاستغلال**
المادة (9) والمادة (15)	استهداف مصلحة المريض، وبذل العناية في التشخيص، والاستعانة بمن تستدعي الحالة خبرته
المادة (16) والمادة (17)	عدم الامتناع في الحالات الخطرة أو العاجلة، وتنبيه المريض إلى استشارة ممارس آخر
المادة (19) والمادة (21)	لا عمل طبي إلا برضا المريض أو من يمثله، وسرية معلوماته واستثناءاتها المحددة [13]
نظام المؤسسات الصحية الخاصة، المادة (16)	العلاج الإسعافي للحالات الطارئة الخطرة **دون مطالبة مالية قبل العلاج** [14]
نظام مكافحة جريمة	يشدد العقوبة عند سلطة الجاني، ووقوع الفعل في مكان رعاية، وكون

التحرش	المجني عليه فاقدًا للوعي أو ذا إعاقة
نظام حماية البيانات الشخصية	البيانات الصحية والوراثية بيانات حساسة، وضبط الوصول بحسب الدور
دليل أخلاقيات الممارس الصحي	منع استغلال الثقة والعواطف المتولدة من العلاقة **الحالية أو السابقة** [15]

انتبه: أسباب التشديد الثلاثة في نظام التحرش تجتمع في البيئة الصحية اجتماعًا لافتًا: فأنت صاحب سلطة، والمكان مكان رعاية، والمريض قد يكون فاقد الوعي أو ذا إعاقة.[4]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
التكريم والأمانة والعدل أصل العلاقة العلاجية	نص قطعي	﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِيٓ ءَادَمَ﴾ وآية الأمانات [8]
منع هدية العامل التي جاءت بسبب موقعه، والمعيار السبب لا القيمة	نص شرعي (حديث)	حديث ابن اللُّتْبِيَّة [9]
تقوية معنويات المريض والدأب في رعايته وتخفيف آلامه بصرف النظر عن توقع الشفاء	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 67 (5/7) [2]
الأصل حظر إفشاء السر، والصورة داخلة فيه، وكشفها بلا مقتضٍ موجب للمؤاخذة	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 79 (10/8) [5]
التغرير بالمريض وتجاوز الإذن وإفشاء السر أسباب مستقلة للضمان	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 142 (8/15) [10]
اشتراط إذن المريض للعمل الجراحي، والإذن للمرأة البالغة العاقلة وحدها في الجراحات المتعلقة بها	قرار هيئة كبار العلماء	قرارا هيئة كبار العلماء 119 و173 [11، 12]
حفظ العورة والاقتصار في الكشف على قدر الحاجة، واختيار الممارس من الجنس نفسه عند التيسر، ومنع الخلوة	قول عامة الفقهاء والمجامع المعاصرة	قاعدة «الضرورة تُقدَّر بقدرها»

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **أخذ توقيع الزوج** على جراحة زوجته البالغة العاقلة -والصواب أن الإذن لها

وحدها.

• **الاكتفاء بالتوقيع** دليلًا على الفهم -والصواب التحقق بإعادة الصياغة وتوثيق ما فهمه المريض.

• **علاج القريب علاجًا مستمرًا** -والصواب ضرورة عاجلة ثم نقل المتابعة إلى مستقل.

• **إنهاء العلاقة بسبب شكوى المريض** -وهذا انتقام؛ فالإنهاء المشروع يحتاج سببًا وإخطارًا وبديلًا وتوثيقًا واستمرارًا في الرعاية العاجلة.

• **نشر حالة على وسائل التواصل بعد حذف الاسم** -والتفاصيل قد تكشف صاحبها؛ ويلزم إذن كتابي منفصل.

خلاصة عملية

قبل كل خطوة اسأل: هل خاطبتُ المريض نفسه؟ وهل تحققتُ من الفهم؟ وهل الإذن ممن يملكه؟ وهل تغيّر شيء يستدعي إعادته؟ ثم اسأل عن نفسك: **لمن المنفعة في هذا الفعل؟** وهل أستطيع الإفصاح عنه أمام الفريق وفي السجل؟ وهل كنتُ سأفعله مع مريض آخر في الحالة نفسها؟ فإن بقي شكٌّ جوهري: **أوقف، واستشر، ووثّق.** والقاعدة النظامية الجامعة: **احترام الحق يُثبت بالتوثيق لا بالنية**؛ فما لم يُوثَّق من تبصيرٍ أو رفضٍ أو إذنٍ أو إفصاحٍ عن تعارض، يُقرأ عند المراجعة على أنه لم يقع.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

تُعالج هنا ثلاث حالات تغطي محاور الفصل: اثنتان في الحدود المهنية -الهدية، والمبادرة العاطفية -وحالة في الحقوق الكلاسيكية: حق الاطلاع على السجل. ويتبعها جدول لمواقف متكررة يستخرج جوابها من القواعد نفسها.

الحالة الأولى: هدية مرتفعة القيمة بعد جراحة ناجحة

| السيناريو. بعد جراحة ناجحة يحضر ابن مريض إلى عيادة الجراح ومعه ساعة ثمينة في علبة، ويقول: «والدي يصرّ، وسيغضب إن رفضت». والأسرة متوسطة الحال، ولدى المريض متابعات جراحية قادمة.

| الركن الطبي

توصيف الموقف: هدية باهظة نسبةً لحال المريض، مقدَّمة أثناء علاقة علاجية مستمرة لا بعد انتهائها.

الأثر على الرعاية: المتابعات القادمة تعني أن القبول قد يؤثر في أولوية المواعيد وفي حرية

الطبيب في قول ما لا يُحب.

المخاطر: إرباك مالي للأسرة، وتوقعُ معاملة خاصة، وانطباعٌ لدى الفريق يُضعف الثقة في عدالة القرارات.

البدائل: رسالة شكر، أو تبرع مؤسسي معلن، أو شكر شفوي أمام الفريق.

| الركن الأخلاقي

الأمانة والعدالة: العبرة بسبب الهدية لا باسمها؛ فهي لم تكن لتُقدَّم لولا الموقع العلاجي.

الكرامة: يُرفض بأسلوب دافئ لا جافٍ؛ فالتهادي في ثقافتنا وفاءٌ، والرفض الفظّ يجرح.

الشفافية: اختبار الهدية: هل أقبلها علنًا أمام الفريق؟ وهل قيمتها مناسبة لحال المريض؟ وهل ستبدو عدالة قراري متغيرة؟

عدم الإضرار: لا تتأثر الرعاية بقبول ولا برفض؛ ويُصرَّح بذلك للأسرة.

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ المال من الإرباك، وحفظ العدل بين المرضى، وحفظ الأمانة.

القواعد الفقهية: الأصل في التهادي الإباحة؛ لكن «سدّ الذرائع» و«الأمور بمقاصدها» يمنعان ما أفضى إلى المحاباة.

تحقيق المناط: قيمة الهدية نسبةً لحال المريض، واستمرار العلاقة العلاجية -وكلاهما يرجّح المنع.

التكييف الفقهي: يحكمه حديث ابن اللُّتْبِيَّة: «أفلا جلس في بيت أبيه أو بيت أمه حتى ينظر أيُهدى إليه أم لا؟» [9] [16]؛ فالمعيار السبب لا الاسم. ولا تُحرَّم الرمزية، وتُمنع ما صارت ثمنًا للمحاباة أو أضرّت بالعدالة.

| الركن النظامي

الأنظمة: تُلزم المادة الخامسة بالابتعاد عن الاستغلال [13]؛ ويمنع دليل أخلاقيات الممارس ما يولّد امتيازًا أو محاباة [15].

سياسة المنشأة: يُرجع إلى سقف الهدايا المعلن وسجل الإفصاح إن وُجدا؛ وإن لم يوجدا فالمسألة تُرفع لوضعهما.

التوثيق: يُوثَّق العرض وقيمته التقريبية والتعامل معه، ويُبلَّغ المسؤول عند الشك.

المسؤولية: قبول ما يُنشئ محاباة قد يُعدّ مخالفة مهنية وإن لم يُطلب مقابل صريح.

- **القرار المهني الموزون.** الاعتذار بأسلوب دافئ عن قبول الهدية، مع شكر صادق للمريض وأسرته.
- شرح أن السياسة تحمي المساواة بين المرضى والثقة في القرار.
- اقتراح بديل: رسالة شكر، أو تبرع مؤسسي معلن باسم المريض.
- التأكيد صراحةً أن الرعاية والمتابعات لن تتأثر بشيء.

- توثيق العرض وكيفية التعامل معه، وإبلاغ المسؤول المباشر.
- رفع المسألة مؤسسيًا لاعتماد سقف معلن للهدايا وسجل إفصاح إن لم يوجدا.

الركن المرجَّح: الشرعي والأخلاقي معًا؛ لصراحة أصل هدية الموقع ولأثرها في العدالة.

المخرج الشرعي: العبرة بسبب الهدية لا باسمها؛ فما جاء بسبب الموقع مُنع إذا أفضى إلى محاباة أو ضرر.

القرار المهني الموزون: تُردّ الهدية بأسلوب يحفظ كرامة المريض، ويُقترح بديل مشروع، ويُوثَّق؛ فالرفض هنا صيانةٌ للعلاقة لا قطعٌ لها.

الحالة الثانية: رسائل عاطفية من مريضة حالية

| السيناريو. ترسل مريضة تتابع في عيادة نفسية رسائل إلى هاتف الطبيب الشخصي -كان أعطاها إياه للطوارئ -تتحول تدريجيًا من استفسارات علاجية إلى حديث شخصي ثم إلى تعبير عاطفي صريح. ويشعر الطبيب بالحرج ويتجاهل الرسائل دون رد.

| الركن الطبي

توصيف الموقف: انزلاق تدريجي في الحد التواصلي بدأ بخطأ إجرائي -إعطاء الرقم الشخصي - ثم تطور.

الأثر على الرعاية: التجاهل ليس علاجًا؛ فقد يُفهم رفضًا شخصيًا فيضرّ العلاج، أو يُفهم تشجيعًا صامتًا.

المخاطر: في العلاج النفسي يكون الاعتماد أعمق والاطلاع أوسع؛ فخطر الانزلاق أعلى وأثره أشد.

البدائل: إعادة الحد بعبارة واضحة، وتحويل التواصل إلى القناة المعتمدة، وإشراف، ونقل الرعاية إن لزم.

| الركن الأخلاقي

الحد التواصلي: الرقم الشخصي والرسائل خارج الوقت من أوائل سلسلة الانزلاق الموصوفة في الأدبيات [6] [17].

مسؤولية الممارس: مسؤولية الحد على الطبيب لا على المريضة؛ فهو صاحب السلطة والمعرفة.

عدم الإضرار: التجاهل يُنتج ضررًا؛ والصواب ردٌّ واضح غير مهين ثم إجراء.

الكرامة: لا تُعامَل المريضة معاملة الجانية؛ فالسلوك عرضٌ قد يكون جزءًا من حالتها.

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ العرض والنسل، وحفظ الأمانة المهنية.

القواعد الفقهية: ﴿وَلَا تَقۡرَبُواْ ٱلزِّنَىٰٓۖ﴾ [الإسراء: 32] -والنهي عن القربان يشمل الذرائع؛ و«سدّ الذرائع».

تحقيق المناط: ثبوت التحول من المهني إلى الشخصي؛ فعليه يُبنى وجوب القطع لا مجرد

استحبابه.

التكييف الفقهي: استغلال الاعتماد العلاجي خيانةٌ للأمانة وتغريرٌ؛ ولا يجعل رضا المريضة الفعل مباحًا. والسكوت مع استمرار التواصل الشخصي إعانةٌ على الذريعة.

| الركن النظامي

الأنظمة: يمنع دليل أخلاقيات الممارس الميل الجنسي نحو المريض واستغلال العواطف المتولدة من العلاقة، ويقصر التواصل الشخصي على الضرورة [15].

التكييف الجزائي: إن صدر من الممارس قولٌ أو إشارة ذات مدلول جنسي دخل في تعريف نظام مكافحة التحرش، ويشتد لكون المكان مكان رعاية وللسلطة [4].

التوثيق: تُوثَّق الوقائع بألفاظها وتواريخها في ملف منفصل عن السجل السريري ما لم تؤثر في الرعاية.

المسؤولية: إعطاء الرقم الشخصي بلا مسوّغ مخالفة إجرائية تُصحَّح مؤسسيًا.

- **القرار المهني الموزون.** إعادة الحد فورًا برسالة واحدة واضحة غير مهينة، ثم إيقاف التواصل الشخصي.
- تحويل كل تواصل إلى القناة المعتمدة، وإيقاف استعمال الرقم الشخصي.
- توثيق الوقائع بموضوعية، وحفظ الرسائل دون تداولها.
- طلب إشراف أو استشارة زميل أقدم؛ وعدم إدارة الأمر منفردًا.
- إضافة شاهد سريري في المواعيد التالية، ومناقشة الموضوع في الجلسة بوصفه جزءًا من العلاج إن كان مناسبًا.
- نقل الرعاية نقلًا آمنًا إن تعذّر استمرار الثقة، بلا عقوبة ولا تخلٍّ.

الركن المرجَّح: الأخلاقي والمهني معًا؛ لأن جوهر المسألة إدارة حدٍّ انزلق لا معاقبة أحد.

المخرج الشرعي: سدّ الذرائع، وحرمة مقدمات الفاحشة، وأن استغلال الاعتماد خيانةٌ للأمانة لا يصححها رضا.

القرار المهني الموزون: يُعاد الحد صراحةً ويُقطع التواصل الشخصي ويُطلب إشراف؛ فالتجاهل ليس حلًّا، والمسؤولية على صاحب السلطة لا على المريضة.

الحالة الثالثة: طلب المريض نسخة من سجله وفيه إفادة قريب

| السيناريو. يطلب مريض نسخة كاملة من سجله الطبي. وفي السجل ملاحظة من أخيه أفاد فيها الفريق بمعلومات عن سلوك المريض وتعاطيه، أدلى بها بشرط عدم إبلاغه.

| الركن الطبي

توصيف الموقف: تعارض بين حق المريض في سجله وحق طرف ثالث في خصوصية إفادته.

الأثر على الرعاية: كشف مصدر الإفادة قد يُنتج نزاعًا أسريًا أو ضررًا على المُفيد؛ وحجب الملف

كله يمسّ حقًّا مقررًا.

المخاطر: إن كُشف المصدر امتنع الأهل عن الإفادة مستقبلًا فتُفقد معلومة علاجية مهمة.

البدائل: تسليم السجل مع حجب ما يخصّ الطرف الثالث تحديدًا، لا حجب الملف كله.

| الركن الأخلاقي

حق الوصول: حقّه في سجله مقرر؛ والاستثناء يُقدَّر بقدره ولا يُتوسع فيه.

حق الطرف الثالث: من أدلى بمعلومة بشرط عدم الكشف له حقٌّ معتبر؛ ولا يُنقض بلا موازنة.

الشفافية: يُبلَّغ المريض بأن جزءًا حُجب وبسبب الحجب العام -لا بمحتواه ولا بصاحبه.

الأمانة في التسجيل: الدرس المستفاد: أن تُسجَّل إفادات الأطراف الثالثة في موضع منفصل يسهل ضبط الوصول إليه.

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ العرض للطرفين، وحفظ النفس بما يخدم العلاج.

القواعد الفقهية: «الضرورة تُقدَّر بقدرها»، و«يُرتكب أخف الضررين»؛ فيُحجب الأقل لا الأكثر.

تحقيق المناط: هل يمكن الفصل بين ما يخصّه وما يخصّ غيره؟ وهو ممكن هنا.

التكييف الفقهي: مقتضى القرار 79 (10/8) أن الأصل حظر إفشاء السر وأن الاستثناء يُضبط بقدره [5]؛ فيُطبَّق على الطرفين معًا: يُعطى المريض حقه، ويُصان سر من أدلى.

| الركن النظامي

الأنظمة: يقرر نظام حماية البيانات حق الوصول ويقيّده بحماية بيانات الغير [18]؛ وتُضبط سرية المهنة بالمادة الحادية والعشرين [13].

الإجراء: يُتبع مسار المنشأة في طلب نسخة السجل ومراجعته قبل التسليم.

التوثيق: يُوثَّق ما حُجب وأساس الحجب ومن راجعه.

التظلم: يُبيَّن للمريض مسار التظلم إن اعترض على الحجب.

- **القرار المهني الموزون.** قبول الطلب من حيث الأصل؛ فحق الوصول مقرر.
- مراجعة السجل قبل التسليم وحجب ما يخصّ الطرف الثالث تحديدًا.
- إبلاغ المريض بوجود حجب جزئي وأساسه العام دون كشف المحتوى أو المصدر.
- توثيق ما حُجب وأساس الحجب ومن راجعه.
- بيان مسار التظلم إن اعترض.
- مراجعة طريقة تسجيل إفادات الأطراف الثالثة مؤسسيًا لتسهيل ضبط الوصول مستقبلًا.

الركن المرجَّح: النظامي، لوجود قاعدة صريحة في حق الوصول وقيده.

المخرج الشرعي: الأصل حظر إفشاء السر، والاستثناء يُقدَّر بقدره، ويُرتكب أخف الضررين.

القرار المهني الموزون: يُسلَّم السجل مع حجب ما يخصّ الغير فقط، ويُبلَّغ المريض بالحجب

وأساسه ومسار تظلمه؛ فلا يُمنع حقٌّ كامل لأجل جزء.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

تتكرر ثلاثة مواقف يستخرج جوابها مباشرة من القواعد المتقدمة، فتذكر هنا موجزة بدل إفرادها بتحليل كامل:

طلب علاقة مع مريضة سابقة. انتهاء المتابعة لا يمحو أثر السلطة السابقة تلقائيًا؛ فيوزن قرب الزمن وطول العلاج وعمق ما اطُّلع عليه واستمرار الهشاشة. ولا توجد مدة انتظار تجعل العلاقة مأمونة بذاتها، ويشتد المنع في العلاج النفسي. وإذا اتجه القصد إلى زواج مشروع فلا يُدار داخل علاقة علاجية ولا عبر أسرارها؛ بل تُنهى العلاقة العلاجية إنهاءً منظمًا وتُنقل الرعاية إلى مستقل، ثم يُنظر في الأمر بعيدًا عن سلطة الموقع.

عرض شراكة تجارية من مريض. هذه ازدواج دور مالي يجمع سلطة الطبيب بمصلحة الشريك، ويرفع خطر المحاباة واضطراب الحكم السريري. فيُعتذر عن العرض ما دامت العلاقة العلاجية قائمة، ويُصرَّح بالتعارض إن وُجد، وتُنقل الرعاية إلى ممارس مستقل إن مضى الطرفان في الشراكة، ويُوثَّق العرض والجواب. ولا يُستعمل السجل ولا معلومات العلاج في تقدير الفرصة التجارية.

إنهاء علاقة علاجية متوترة. الإنهاء حق مهني مشروط لا وسيلة عقاب: فلا يجوز بسبب شكوى قدّمها المريض أو رفضه توصية. ويشترط سبب مشروع موثق، وإخطار مسبق كافٍ، واستمرار الرعاية العاجلة حتى انتقاله، وترتيب بديل مناسب وتسليم ما يلزم من معلومات، وتوثيق ذلك كله. وفي الحالات الهشة أو النادرة التخصص يُقدَّم إصلاح العلاقة والوساطة على الإنهاء.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. في مناوبة ليلية مزدحمة تحتاج فحص بطن مريضة شابة واعية، والممرضة مشغولة في غرفة مجاورة. ما التصرف الصحيح؟

أ) تشرح للمريضة الفحص وتستأذنها، وتنتظر حضور ممرضة شاهدًا، وتكشف موضع الفحص وحده وتستر ما سواه

ب) تُجري الفحص وحدك بسرعة لأن الازدحام ضرورة تُسقط اشتراط الشاهد

ج) تدخل والدة المريضة بدل الممرضة وتناقش أمامها التشخيص لتوفير الوقت

د) تؤجل الفحص إلى الصباح مهما كانت الحالة حتى تتوفر طبيبة

2. طبيب حضر عزاء والد مريضه المسنّ وقدّم التعزية، وطبيب آخر طلب من مريض ميسور يتابع عنده قرضًا ماليًا. كيف تصنّف الفعلين؟

أ) الأول عبور حد محدود قد يكون مبررًا إنسانيًا، والثاني انتهاك حد لأنه يخدم حاجة الممارس ويستثمر اعتماد المريض

ب) كلاهما انتهاك لأن كل خروج عن الدور المهني ممنوع

ج) كلاهما عبور مقبول ما دام بحسن نية ورضا المريض

د) الأول انتهاك لأنه خارج المستشفى، والثاني عبور لأنه اتفاق بين بالغين

3. طلبت أسرة مريضة بالغة كاملة الأهلية إخفاء تشخيصها عنها والتوقيع نيابة عنها. ما التصرف الصحيح؟

أ) تُبلَّغ المريضة نفسها بتدرّج ورفق، ويُرفض الحجب والتوقيع النيابي، ويبقى لها أن تفوّض أو تؤجّل

ب) يُستجاب للأسرة لأنها أعرف بحال المريضة وأقدر على تقدير مصلحتها

ج) يُخفى التشخيص مؤقتًا ويُبلَّغ بعد انتهاء العلاج

د) تُبلَّغ المريضة بالتشخيص كاملًا فورًا بلا تهيئة، فالصدق واجب

4. قدّم مريض شكوى ضدك إلى إدارة الجودة بسبب تأخر موعد، فقررت إنهاء العلاقة العلاجية معه فورًا وشطبه من قائمة مرضاك. ما التكييف الصحيح؟

أ) تصرف مشروع، فمن لا يثق بطبيبه لا يستمر معه

ب) تصرف مشروع إذا وُثّق في الملف أن الإنهاء بسبب الشكوى

ج) انتقام يخالف حق المساءلة؛ فالشكوى لا تؤثر في رعايته، والإنهاء المشروع يحتاج سببًا وإخطارًا وبديلًا وتوثيقًا واستمرارًا في الرعاية العاجلة

د) تصرف مشروع بشرط إخطار المريض قبل الشطب بيوم

5. راجع قسم الطوارئ مريضٌ معروف بالإدمان يشكو ألمًا شديدًا في البطن، فقال زميلك: «أخبره أن الخدمة غير متوفرة ليذهب إلى مكان آخر». ما التصرف الصحيح؟

أ) تُوافق زميلك لأن المصابين بالإدمان يُحالون عادة إلى مراكز متخصصة

ب) تُفرز الحالة وتُعالج كغيرها بلا تمييز بسبب نوع المرض، فالرفض بحجة عدم توفر الخدمة وهي متوفرة إخلال بحق الوصول

ج) تُعالجه بشرط أن يوقّع تعهدًا بعدم العودة إلى القسم مرة أخرى

د) تطلب ضمانًا ماليًا مسبقًا لأن أمثاله كثيرًا ما يغادرون قبل الدفع

مفتاح الإجابات

1) أ • 2) أ • 3) أ • 4) ج • 5) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician–Patient Relationship. JAMA. 1992;267(16):2221–.2226

[2] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، الدورة السابعة، جدة، 7–

12 ذي القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م.

[3] World Medical Association. International Code of Medical Ethics. Revised 2022.

[4] المملكة العربية السعودية. نظام مكافحة جريمة التحرش، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/96) وتاريخ 1439/9/16هـ الموافق 31 مايو 2018م، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (488) وتاريخ 1439/9/14هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/48) وتاريخ 1442/6/1هـ.

[5] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية، الدورة الثامنة، بروناي دار السلام، 1–7 محرم 1414هـ / 21–27 يونيو 1993م.

[6] Gutheil TG, Gabbard GO. The Concept of Boundaries in Clinical Practice: Theoretical and Risk-Management Dimensions. American Journal of Psychiatry. 1993;150(2) :188–.196

[7] Federation of State Medical Boards. Physician Sexual Misconduct: Report and Recommendations. 2020.

[8] القرآن الكريم.

[9] البخاري، محمد بن إسماعيل. صحيح البخاري (ومنه حديث ابن اللُّتْبِيَّة في هدايا العمّال). بيروت: دار طوق النجاة.

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

[11] مجلس هيئة كبار العلماء. القرار رقم (119) في اشتراط إذن المريض للعمل الجراحي.

[12] مجلس هيئة كبار العلماء. القرار رقم (173) وتاريخ 1413/3/12هـ (الدورة التاسعة والثلاثون، الطائف) في اعتبار قول المرأة البالغة العاقلة في الجراحات المتعلقة بها.

[13] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 1426/11/3هـ.

[14] المملكة العربية السعودية. نظام المؤسسات الصحية الخاصة، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/40) وتاريخ 1423/11/3هـ.

[15] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. دليل أخلاقيات الممارس الصحي، النسخة المعتمدة المنشورة.

[16] مسلم بن الحجاج. صحيح مسلم (ومنه حديث ابن اللُّتْبِيَّة). بيروت: دار إحياء التراث العربي.

[17] Gutheil TG, Brodsky A. Preventing Boundary Violations in Clinical Practice. Guilford Press; 2008.

[18] المملكة العربية السعودية. نظام حماية البيانات الشخصية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 1443/2/9هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 1444/9/5هـ.

السر الطبي والخصوصية

Chapter 7 -Medical Confidentiality and Privacy

ما لم تحتجه لا تفتحه، وما فتحته يبقى أثره، وما كتبته لا تمحه بل صحّحه

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

في أول يوم لك في المستشفى ستعرف عن المريض ما لا يعرفه أقرب الناس إليه: تشخيصه، وتحاليله، وربما ما يخفيه عن أهله. هذه المعرفة لم تصلك لأنك صديقه، بل لأنك تحمل بطاقة تمنحك الدخول. ولذلك فهي **أمانة مشروطة**: أُعطيت لك لتعالج، لا لتعرف.

وأكثر ما يقع من إفشاء الأسرار في المستشفيات لا يقع بسوء نية. يقع في المصعد، وفي مجموعة واتساب للفريق، وفي تصفح ملفٍ لمريض مشهور بدافع الفضول، وفي صورة سريرية تُنشر «بلا اسم». وكلها مواضع لا يشعر صاحبها أنه ارتكب شيئًا -وكلها مخالفة.

المفاهيم الأساسية: ثلاثة يُخلط بينها

الخصوصية حق المريض في ألا يُطَّلع على بدنه ولا بياناته إلا بقدر الحاجة. **السرية** التزامك أنت بألا تنقل ما عرفت. **أمن المعلومات** الوسائل التقنية التي تحمي البيانات. فقد تلتزم بالسرية ثم يقع التسرب من ضعف الأمن، وقد يكون النظام آمنًا ثم تنتهك أنت السرية بحديثٍ في ممر.

والسر الطبي هو كل معلومة عرفتها بسبب تقديم الرعاية أو بمناسبتها، ولصاحبها مصلحة مشروعة في ألا تصل إلى غير المأذون لهم. ولا يُشترط أن يقول المريض «هذه سرية»؛ فطبيعة العلاقة العلاجية وحدها كافية. ويدخل في السر: التشخيص، والتحاليل والصور، والأدوية، والصحة النفسية والإدمان، والمعلومات الإنجابية والوراثية، **وحتى و اقعة دخول المريض المستشفى نفسها**.

قاعدة تحفظها: الالتزام لا يخص الطبيب وحده. يشمل التمريض والصيدلة والمختبر والأشعة والسجلات والترميز والترجمة وتقنية المعلومات والمتعاقد. فمن وصلت إليه المعلومة بسبب عمله، لزمه ما يلزم الطبيب.[1]

متى يبدأ الالتزام ومتى ينتهي؟

يبدأ **قبل** اكتمال العلاقة العلاجية؛ فموعد العيادة وسبب الإحالة قد يكونان سرًّا. ويستمر **بعد** انتهاء العلاج، وبعد تركك العمل، **وبعد وفاة المريض** على ما أفتى به ابن باز.[2] ونظام حماية البيانات الشخصية ينص صراحةً على استمرار واجب الحفظ بعد انتهاء العلاقة الوظيفية.[3] فلا يوجد في السر الطبي شيء اسمه «مضى وقته».

القاعدة الحاكمة: دائرة الحاجة إلى المعرفة

السؤال الذي تسأله نفسك قبل أي اطلاع أو نقل ليس «هل أنا طبيب هنا؟» بل: **هل أحتاج هذه المعلومة الآن لأقدم رعاية لهذا المريض؟** فإن كان الجواب لا، فدخولك على الملف مخالفة ولو لم تنقل شيئًا. والزميل الذي لا يشارك في العلاج **غير مخول**، ووجود الشخص داخل المستشفى لا يمنحه حق الاطلاع.

متى يجوز الإفصاح بلا موافقة؟

الأصل: لا إفصاح إلا بإذن. والاستثناء ليس متروكًا لتقديرك الشخصي، بل له **ثلاثة مسوغات لا رابع لها**: إذن صحيح من صاحب الصفة (وتفصيل شروط الإذن وأهلية الآذن في الفصل الخامس)، أو نصٌّ نظامي يوجب أو يجيز، أو ضرورة تدفع خطرًا محققًا.

وحيث لا يوجد نص ملزم يحسم الأمر، لا يكفي أن يكون قصدك حسنًا؛ بل تُشترط ستة أمور مجتمعة:

- ضرر مهم، لا مجرد إحراج.
- تهديد محدد، لا حدس ولا انطباع.
- قربٌ في الزمن يجعل التدخل مفيدًا.
- صلة سببية بين الإفصاح ومنع الضرر.
- غياب بديل أقل مساسًا.
- متلقٍّ يستطيع فعلًا أن يمنع الضرر.

مثال يوضح الفرق: مريض يقول في نوبة غضب «سأقتل مديري يومًا ما» -لا تحديد ولا قرب ولا وسيلة، فلا يُبلَّغ أحد ويُوثَّق التقييم. فإن ذكر اسم المدير وموعدًا قريبًا وأنه يملك السلاح، اجتمعت الشروط الستة فصار الإبلاغ المحدود **واجبًا مهنيًا لا خيارًا**.

الأساس الشرعي

السر داخل في الأمانات: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَى أَهْلِهَا﴾، وفي النهي عن

التجسس، وفي صيانة الأعراض. وقرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم 79 (10/8)** أن السر أمانة، وأن الأصل حظر إفشائه، وأن إفشاءه بلا مقتضٍ معتبر موجب للمؤاخذة شرعًا. ثم جعل القرار معيار الاستثناء أن يكون في الكتمان ضرر يفوق ضرر الإفشاء، أو في الإفشاء مصلحة أرجح؛ وتقدير هذا الرجحان في كل واقعة اجتهاد يُحرَّر بالشروط الستة السابقة.[4]

ومن دقيق ما قرره بعض العلماء أن الذم لا يتوقف على وقوع الضرر. قال الغزالي: «إفشاء السر خيانة، وهو حرام إذا كان فيه إضرار، ولؤم إن لم يكن فيه إضرار».[5] فلا تقل: «وما ضرّه شيء» -السر يُصان لذاته لا لأثره.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
نظام مزاولة المهن الصحية، المادة (21)	وجوب حفظ الأسرار، واستثناءات محصورة لا يُقاس عليها [6]
نظام حماية البيانات الشخصية	البيانات الصحية بيانات حساسة، ويستمر واجب حفظها بعد انتهاء العمل [3]
نظام الرعاية الصحية النفسية	سرية معلومات المريض النفسي، ويُستثنى القضاء والخطورة الحتمية [7]
نظام مكافحة المخدرات، المادة (51)	سرية تامة لهوية المدمن، وعقوبة على من يفشيها [8]
نظام الوقاية من الإيدز	مسار محدد لإبلاغ الشريك والمخالطين، وحظر التمييز ضد المصاب [9]
نظاما الحماية من الإيذاء وحماية الطفل	**وجوب** الإبلاغ الفوري على كل من يطلع على إيذاء أو إهمال [10، 11]

انتبه: لا يصح أن تَعِد طفلًا أو ضحية إيذاء بسرية مطلقة. قل له إن ما ذكره سيُشارك مع أقل عدد يلزم لحمايته.

خريطة الإفصاح: متى يجوز ومتى يجب؟

الفرق بين «يجوز» و«يجب» عملي جدًا. فحيث **يجب** الإفصاح يكون الكتمان هو المخالفة، وحيث **يجوز** يبقى لك أن تكتم، ويلزمك إن كشفت أن تقتصر على القدر اللازم

للجهة المحددة. والجدول التالي يجمع المواضع التي ستمر بك، وسندها في النص، وما يُكشف فيها:

الموضع	الحكم	السند	ما يُكشف
أمر قضائي	يُنفَّذ	المادة (21) فقرة (ج)	بحدود الأمر، عبر السجلات
شرطة أو نيابة بلا أمر	لا	تحقق من الصفة والسند	تُحال للشؤون القانونية
وفاة جنائية أو منع جريمة	يجب	المادة (21) فقرة (أ/1)	للجهة الرسمية، ما يتصل بالغرض
مرض سارٍ أو معدٍ	يجب	المادة (20) والفقرة (2/أ)	البلاغ السري بالبيانات المطلوبة
الإيدز	يجب	المادة (5) والمادة (17)	تبليغ الوزارة، ومسار إبلاغ الشريك
إيذاء أو إهمال طفل	يجب فورًا	المادة (3) والمادة (22)	لجهة العمل لتبلغ الوزارة أو الشرطة
خطر جاد على شخص محدد	يجب	الشروط الستة، والمادة (13/9)	لمن يستطيع منع الخطر، بأقل معلومة
دفاعك عن نفسك	يجوز	المادة (21) فقرة (أ/3)	أمام الجهة الناظرة، ما يلزم للدفاع
الأسرة	بإذن المريض	المادة (21) فقرة (ب)	ما أذن به، أو ما يفيد علاجه
جهة العمل	لا، إلا بإذن	لا استثناء في المادة (21)	تقرير لياقة: قدرة وقيود ومدة
شركة التأمين	بتفويض محدد	إذن بغرض وحدود	مستندات المطالبة لا الملف كله
هوية المدمن	سرية تامة	المادة (51)	لا يُكشف في جميع مراحل القضية

ولاحظ ثلاثة أمور. الأول أن «الأمراض المعدية» تُبلَّغ عبر **القناة الصحية السرية** لا بالإعلان العام؛ فالبلاغ الواجب شيء، والحديث عن التشخيص لصاحب العمل شيء آخر لا سند له. والثاني أن عند اجتماع نص عام ونص خاص يُقدَّم الخاص في نطاقه؛ فسرية

المدمن والمريض النفسي أشد من الأصل العام. والثالث أن الأسرة **ليست مالكة تلقائية للملف** ولو كانت تدفع التكاليف؛ فاسأل المريض مبكرًا: من تريد إشراكه؟ وما حدود ما يقال له؟ وعند فقد الأهلية يُعطى الممثل ما يلزم للقرار، لا تاريخًا غير مرتبط بالمصلحة؛ وتفصيل ترتيب النائبين في الفصل الخامس.

مثال. حضر ضابط إلى القسم ببطاقته وطلب شفهيًا ملف مريض «للتحقيق». البطاقة والطلب الشفهي لا يساويان أمرًا قضائيًا. فتتعامل بأدب، وتحيله إلى إدارة السجلات والشؤون القانونية للتحقق من الهوية والصفة والأساس والغرض والنطاق، ثم تُسلَّم نسخة مؤمنة بحدود الأمر مع سجل للإفصاح. ولا تُرسل شيئًا من بريدك أنت.

التوثيق والسجل الطبي: من يملكه ومن يطلع عليه وكيف يُصحَّح؟

من يملك السجل؟ السؤال خادع. فالسجل ليس ملكيةً مادية بسيطة تُعطى لواحد: المعلومة **حق للمريض**، و**أمانة على الممارس**، و**مصلحة للمجتمع** في الثقة بالمنظومة، والمنشأة تحفظه وتحمي الوصول إليه. ولذلك لا يملك الطبيب منفردًا إسقاط السر عن المؤسسة، ولا تملك المنشأة تحويل معلومات العلاج إلى أصل تجاري بلا مسوغ، ولا تملك الأسرة الملف بحكم القرابة. وللمريض حق الوصول إلى سجله والحصول على نسخة من تقريره أو شرح نتيجته؛ ويُنظَّم ذلك بما يحمي بيانات غيره.[3]

من يطّلع عليه؟ من يحتاجه الآن لرعاية المريض -لا أكثر. ويُترجم ذلك تقنيًا إلى صلاحية بحسب الدور، وأقل امتياز، ومصادقة متعددة العوامل، وتشفير في النقل والحفظ، **وسجل تدقيق غير قابل للتلاعب يبيّن من فتح الملف ولماذا**. وتوجد في الطوارئ آلية «كسر الزجاج» لتجاوز الصلاحية، لكنها تُراجَع لاحقًا؛ فمن استعملها لغير طارئ ظهر أثره. ويُمنع تنزيل البيانات على أجهزة شخصية. ونظام حماية البيانات الشخصية يلزم في المادة (23) بضوابط إضافية للبيانات الصحية تقصر الاطلاع على أقل عدد لازم، ويجعل المسؤولية مؤسسية أيضًا: فلا يكفي لوم الموظف إذا كانت الصلاحيات أوسع من الحاجة أو لم يوجد سجل تدقيق.[3]

كيف يُصحَّح الخطأ في السجل؟ ستخطئ يومًا: ملاحظة كُتبت في ملف المريض الخطأ، أو جرعة سُجلت بغير ما أُعطي. والقاعدة: **التصحيح المعلن المؤرَّخ جائز بل واجب**، لأن بقاء الخطأ ضرر على المريض. فتُضاف ملاحظة تصحيح بتاريخها ووقتها الحقيقيين وتوقيعك، مع بقاء الأصل ظاهرًا وسبب التصحيح مذكورًا. أما **الحذف الخفي**

أو الإضافة الرجعية غير المعلنة -كأن تُكمل ملاحظة الأمس بتاريخ الأمس بعد وقوع مضاعفة -فممنوعة؛ لأنها تغيير للشهادة، ولأن السجل أول دليل في أي نزاع، وسجل التدقيق يكشف وقت الإدخال الحقيقي فيسقط ما وثّقته كله. ونظام مكافحة جرائم المعلوماتية يعاقب في المادة (5) على الدخول غير المشروع بقصد تسريب بيانات خاصة أو حذفها أو تغييرها.[12]

ماذا توثّق عند الإفصاح؟ إذا كشفت معلومة بمسوغ فوثّق وقتها: المسوغ (الإذن أو رقم الطلب والنص)، والجهة المستلمة، وما أُرسل بالتحديد وما حُجب، وطريقة الإرسال، ومن استشرت ورأيه، وهل أُبلغ المريض. وإذا وقع تسرب فالخطوات: احتواء، وإشعار الجهة المختصة، وإشعار المريض فورًا إذا تُوقّع ضرر جسيم، وسجل للحادث. فالتوثيق ليس دفاعًا عنك فقط؛ هو الذي يُظهر أنك كشفت **أقل ما يلزم لأضيق جهة**.

قاعدة تحفظها: ما لم تحتجه لا تفتحه، وما فتحته يبقى أثره، وما كتبته لا تمحه بل صحّحه معلنًا.

الوجه المقابل: متى يجب على المريض هو أن يفصح؟

ليس السر كله على الممارس. فمن كانت حاله الصحية تُعجزه عن عمل يتعدى خطره إلى غيره -قيادة مركبة عامة، أو تشغيل آلة خطرة، أو منصب لا يحتمل غيابًا مفاجئًا للوعي -لزمه هو أن يبين حاله؛ وهو ما يقتضيه النهي عن الغش والإضرار بالغير، وتوجبه الأنظمة. فنظام المرور يشترط لمنح الرخصة «السلامة من الأمراض والعاهات التي تمنع من قيادة المركبة».[13] ويلحق بذلك، فيما نرجّح، الكتمان الذي يكون تغريرًا: قبل التأمين، وقبل التعاقد الوظيفي، وقبل عقد الزواج -و«من غشَّنا فليس منا».[14]

فإن امتنع المريض مع تحقق الخطر، **لا تنتقل إلى الإبلاغ دفعةً واحدة**: تناصحه، ثم تعرض الأمر على الفريق، ثم على لجنة الأخلاقيات، فإن بقي الخطر بلّغت الجهة التي تملك دفعه بالقدر اللازم وحده.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
السر من الأمانات التي يجب أداؤها، والنهي عن التجسس	نص قطعي	﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَى أَهْلِهَا﴾
السر أمانة، والأصل حظر إفشائه،	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي

و إفشاؤه بلا مقتضٍ معتبر موجب للمؤاخذة		الدولي، قرار 79 (10/8) [4]
استثناء الإفشاء إذا كان في الكتمان ضرر يفوق ضرر الإفشاء أو في الإفشاء مصلحة أرجح	قرار مجمعي، وتقدير الرجحان في الواقعة اجتهاد	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 79 (10/8) [4]
استمرار حفظ السر بعد وفاة المريض	فتوى	ابن باز [2]
إفشاء السر خيانة: حرام إن كان فيه إضرار، ولؤم إن لم يكن	قول فقهي	الغزالي، إحياء علوم الدين [5]
كتمان المريض حاله إذا كان غشًّا للغير أو يعرضهم للخطر ممنوع	نص شرعي (حديث «من غشنا فليس منا») مع اجتهاد المؤلف في التنزيل	[14]

أين يقع الخطأ عادةً؟ أربعة مواضع

- **الفضول:** فتح ملف مريض لا تعالجه -مخالفة تامة ولو لم تنقل شيئًا.
- **التوسع:** إذنٌ محدود يتحول إلى ملف كامل؛ فمن أذن بإرسال تقرير لاستشاري لم يأذن بعرضه في محاضرة.
- **الصفة:** تسليم المعلومة لمن طلبها بلا تحقق من صفته وسنده -و«الإدارة طلبت» ليست مسوغًا.
- **التقنية:** صورة سريرية في مجموعة واتساب، أو ملف يُرسل من بريدك الشخصي.[15]

خلاصة عملية

اسأل قبل كل اطلاع: هل أحتاجها الآن لرعاية هذا المريض؟ وقبل كل نقل: ما مسوغي -إذن، أم نص، أم ضرورة؟ ثم أعطِ **القدر اللازم فقط**، للجهة المحددة، ووثِّق ما فعلت ولماذا وقت فعله. فالسر أمانة قبل أن يكون مادةً نظامية، والقاعدة التي تنجيك واحدة: **ما لا تحتاجه لا تفتحه، وما لا تملك مسوغه لا تنقله.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: نتيجة إيجابية لفيروس العوز المناعي ورفض إبلاغ الزوجة

| **السيناريو.** ثبتت إصابة رجل متزوج، ورفض أن يعرف أحد، وأكد أنه سيستعمل الوقاية دون إبلاغ زوجته.

| **الركن الطبي.** يلزم تأكيد النتيجة، وتثقيف المصاب عن الانتقال والعلاج والوقاية، وتقييم المخالطين. ولا يقاس الخطر بالوصمة أو الخوف، بل بالمعرفة الطبية والمسار الرسمي.

| **الركن الأخلاقي.** سرية المصاب مهمة، لكن للزوجة مصلحة في حماية صحتها واتخاذ قرارها. يبدأ الطبيب بالإقناع والدعم وخطة إفصاح آمنة، مع الانتباه إلى احتمال العنف الأسري.

| **الركن الفقهي.** كتمان يؤدي إلى ضرر متعدٍ مرجح يدخل في استثناء قرار المجمع، مع تطبيق أخف الضررين والقدر اللازم.

| **الركن النظامي.** المادتان (5) و(17) من نظام الإيدز تنشئان مسارًا خاصًا: تبليغ الوزارة سرًا، وإبلاغ المصاب، والتزامه بإبلاغ الطرف الآخر والتوقيع، ثم استدعاء الجهة الصحية للطرف الآخر والمخالطين. ولا يستبدل الطبيب هذا المسار بمنشور أو اتصال مرتجل.[9]

القرار المهني الموزون. يمنح المصاب دعمًا وفرصة قصيرة منظمة للإفصاح، مع تفعيل البرنامج المختص وتوثيق الإقرار والخطوات. فإذا امتنع، تتولى الجهة الصحية الإجراء النظامي بأقل معلومة لازمة، مع خطة سلامة للطرفين.

الحالة الثانية: مريض نفسي يهدد شخصًا محددًا

| **السيناريو.** مريض يذكر خطة جادة لإيذاء مديره، ويملك وسيلة ويحدد وقتًا قريبًا، ثم يطلب السرية.

| **الركن الطبي.** يلزم تقييم منظم للخطر: النية، والخطة، والوسيلة، والتاريخ، والتعاطي، وعوامل الحماية، وقرب التنفيذ. والعبارة الغاضبة العابرة ليست كالخطة القابلة للتنفيذ.

| **الركن الأخلاقي.** تجتمع هنا الشروط الستة المتقدمة: ضرر مهم، وتهديد محدد، وقرب، وصلة سببية، وغياب بديل أقل، ومتلقٍّ قادر على المنع؛ فترجح الحماية. وقد يشمل التدخل التنويم أو إشراك الطوارئ قبل كشف أوسع.

| **الركن الفقهي.** درء ضرر النفس من أقوى المصالح، لكن لا يجوز نشر تشخيص المريض أو وصمه.

| **الركن النظامي.** المادة (13/9) من نظام الرعاية الصحية النفسية تجيز الإفشاء عند الخطورة الحتمية على النفس أو الآخرين، كما تسمح بالأغراض العلاجية والطلبات المحددة.[7]

القرار المهني الموزون. يتخذ إجراء حماية فوريًا، ويستشار الطبيب الأقدم والفريق والجهة القانونية متى سمح الوقت، ويبلغ من يستطيع منع الخطر بأقل معلومات، ويوثق المؤشرات والبدائل وسبب الاستثناء.

الحالة الثالثة: استخدام سجلات المرضى لتدريب نموذج ذكاء اصطناعي

| **السيناريو.** تقترح شركة تزويدها بآلاف التقارير والصور «بعد حذف الأسماء» لتطوير منتج تجاري، والعقد يسمح بتحسين خدماتها العامة.

| **الركن الطبي.** قد يفيد المنتج المرضى، لكن إزالة الاسم وحدها لا تمنع إعادة التعرف، خصوصًا في الصور والبيانات النادرة. ويلزم تقويم جودة ونفع ومخاطر واستدامة.

| **الركن الأخلاقي.** هناك انتقال من الرعاية إلى استعمال ثانوي وربحي. فيجب بيان من ينتفع، ومن يملك القرار، واحتمال التحيز وإعادة الاستخدام، وحق الانسحاب حيث ينطبق.

| **الركن الفقهي.** لا يجوز استثمار الأمانة خارج غرضها بغير مسوغ؛ والمصلحة العامة المدعاة تحتاج تحققًا وضوابط، والضرورة تقدر بقدرها.

| **الركن النظامي.** تنطبق قواعد الغرض والإفصاح وجهة المعالجة والنقل وحماية البيانات، ونظام أخلاقيات البحث إذا كان النشاط بحثًا. ولا يكفي وصف المشروع «تحسين جودة» لإخراجه من المراجعة.[3، 16]

القرار المبني الموزون. لا تسلم البيانات قبل تحديد التصنيف القانوني والأخلاقي، وموافقة الجهات المختصة، واتفاق معالجة يمنع الاستعمال غير المأذون، وتقويم أثر حماية البيانات، ونزع هوية مختبر، وبيئة آمنة، وحدود احتفاظ وإتلاف وتدقيق. فإن لم يمكن خفض خطر إعادة التعرف إلى حد مقبول، يستعمل تعلم اتحادي أو بيانات اصطناعية أو يوقف المشروع.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

هذه مواقف يومية لا تحتاج تحليلًا مطولًا لأن جوابها يستخرج مباشرة من النموذج المتقدم؛ وتحليلها المفصل في نظائرها من الحالات الآتية:

الموقف	الجواب المبني في سطرين
أبناء مريض واعٍ يطلبون ملفه لأنهم يدفعون التكاليف	لا يسلَّم الملف؛ فدفع التكاليف لا يغير أهلية المريض. يناقَش المريض على انفراد وتطلب موافقة محددة، وقد تعطى الأسرة إرشادات عامة لا تكشف التشخيص
جهة عمل تطلب تشخيصًا نفسيًا كاملًا لتقرير الصلاحية	يرفض إرسال الملف؛ ولا يوجد في المادة (21) استثناء لمجرد طلب صاحب العمل. يصدر تقرير لياقة يجيب عن القدرة والقيود والمدة بعد إذن صالح أو مسار نظامي
خطاب بالبريد يطلب «الملف كاملًا» في قضية دون أمر قضائي واضح	لا يرسل الطبيب من بريده. يحال إلى السجلات والشؤون القانونية للتحقق من الجهة والأمر والنطاق، ويطلب تضييق الطلب العام قبل التنفيذ
ورثة يطلبون ملف متوفى وبينهم اختلاف	يفصل الطلب: ما يلزم لمطالبة أو تحقيق، وما يفيد صحة الأقارب، وما يبقى خاصًا بالمتوفى أو بطرف ثالث؛ ويقدَّم تقرير

	موجه عند كفايته مع مراجعة قانونية عند التعارض
مريض مشهوروفضول العاملين ثم تسرب إعلامي	الشهرة لا تنقص حق الخصوصية. تعزل الصلاحيات، وتحفظ سجلات التدقيق، ويبدأ مسار الاستجابة للحادث، ويراجَع نموذج الصلاحيات لا معاقبة آخر من نشر فقط
نتيجة وراثية تنذر أقارب بخطر يمكن منعه والمريض يرفض إبلاغهم	تجرى استشارة وراثية موثقة ومحاولات معقولة للإفصاح الطوعي، ثم تراجع لجنة الأخلاقيات؛ وإن تقرر الكشف اقتصر على طبيعة الخطر والفحص اللازم
مصاب بعدوى واجبة التبليغ يطلب عدم تسجيلها خوفًا على وظيفته	يقدَّم البلاغ عبر القناة المحددة بالبيانات المطلوبة فقط، ويشرح له الفرق بين البلاغ السري والإعلان؛ ولا يرسل التشخيص إلى صاحب العمل بلا سند مستقل

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. أثناء المناوبة علمت أن زميلك في الكلية نُوِّم في القسم الذي تعمل فيه، ولست ضمن فريقه العلاجي. فتحت ملفه لتطمئن عليه ولم تخبر أحدًا. ما التكييف الصحيح؟

أ) لا مخالفة، لأن المعلومة لم تُنقل إلى أحد

ب) لا مخالفة، لأنك تعمل في القسم نفسه

ج) مخالفة، لأن الاطلاع بلا حاجة علاجية انتهاك مستقل ولو لم يقع نقل

د) مخالفة فقط إذا اكتشف المريض ذلك

2. حضر ضابط إلى القسم ببطاقته الرسمية وطلب منك شفهيًا نسخة من ملف مريض «للتحقيق العاجل». ما التصرف الصحيح؟

أ) تحيله بأدب إلى إدارة السجلات والشؤون القانونية للتحقق من الصفة والأمر والنطاق قبل أي تسليم

ب) تسلّمه الملف فورًا لأن الشرطة جهة رسمية والمادة (21) تستثني الجهات الرسمية

ج) ترسل له الملف من بريدك الإلكتروني لتوثيق أنك تعاونت

د) تعطيه ملخصًا شفهيًا للتشخيص دون تسليم أوراق

3. أرسلت شركة تأمين نموذج تفويض عامًا وقّعه المريض عند التسجيل، وطلبت الملف الطبي كاملًا لتسوية مطالبة عن جراحة واحدة. ما الصحيح؟

أ) يُرسل الملف كاملًا لأن التوقيع على النموذج تفويض صريح

ب) يُرفض الطلب كله لأن شركات التأمين لا حق لها في أي معلومة

ج) يُرسل التقرير إلى المريض ليتصرف هو معها بلا توجيه

د) تُرسل مستندات المطالبة المحددة فقط، فالتفويض العام لا يبرر ملفًا كاملًا، ويُوثَّق ما أُرسل

وما حُجب

4. جاءك مراهق يخبرك بإيذاء يقع عليه في المنزل، ويطلب منك ألا تخبر أحدًا أبدًا. ما الصحيح؟

أ) يُوعد بالسرية المطلقة حفاظًا على الثقة

ب) يُخبَر بأن الإبلاغ واجب نظامي، ويُشرح له أن المعلومة ستُشارك مع أقل من يلزم لحمايته

ج) يُترك الأمر حتى يبلغ سن الرشد

د) يُبلَّغ الأب مباشرة لأنه ولي الأمر

5. لتسريع التنسيق أرسل مقيم صورةً من تقرير مريض إلى مجموعة واتساب تضم الفريق المعالج كله. ما التكييف الصحيح؟

أ) لا مخالفة، لأن كل أعضاء المجموعة يشاركون في علاج المريض

ب) مخالفة، لأن النقل عبر وسيلة شخصية غير مؤمنة خارج السجل يفقد ضبط الوصول وأثر التدقيق، ولو كان المتلقون من الفريق؛ والقناة الصحيحة السجل الطبي

ج) مخالفة فقط إذا ظهر اسم المريض في الصورة

د) لا مخالفة إذا حُذفت الصورة بعد قراءتها

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) أ • 3) د • 4) ب • 5) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] World Medical Association. International Code of Medical Ethics, amended by the 73rd WMA General Assembly, Berlin, October 2022. المصدر الرسمي

[2] ابن باز، عبد العزيز. «حكم إفشاء أسرار الأحياء والأموات»، الموقع الرسمي للشيخ. المصدر الرسمي

[3] المملكة العربية السعودية. نظام حماية البيانات الشخصية، المرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 1443/2/9هـ، المعدل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 1444/9/5هـ. المصدر الرسمي

[4] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية، الدورة الثامنة، 1–7 محرم 1414هـ/21–27 يونيو 1993م. المصدر الرسمي

[5] الغزالي، أبو حامد. إحياء علوم الدين، كتاب آفات اللسان، الآفة الثانية عشرة: إفشاء السر.

[6] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، وقرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 1426/11/3هـ. المصدر الرسمي

[7] المملكة العربية السعودية. نظام الرعاية الصحية النفسية، المرسوم الملكي رقم (م/56) وتاريخ

1435/9/20هـ، المادة (13/9). المصدر الرسمي

[8] المملكة العربية السعودية. نظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية، المرسوم الملكي رقم (م/39) وتاريخ 1426/7/8هـ، المادة (51). المصدر الرسمي

[9] المملكة العربية السعودية. نظام الوقاية من متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) وحقوق المصابين وواجباتهم، المرسوم الملكي رقم (م/41) وتاريخ 1439/4/16هـ المصدر الرسمي

[10] المملكة العربية السعودية. نظام الحماية من الإيذاء، المرسوم الملكي رقم (م/52) وتاريخ 1434/11/15هـ، المادة (3). المصدر الرسمي

[11] المملكة العربية السعودية. نظام حماية الطفل، المرسوم الملكي رقم (م/14) وتاريخ 1436/2/3هـ، المادة (22). المصدر الرسمي

[12] المملكة العربية السعودية. نظام مكافحة جرائم المعلوماتية، المرسوم الملكي رقم (م/17) وتاريخ 1428/3/8هـ، وقرار مجلس الوزراء رقم (79) وتاريخ 1428/3/7هـ المصدر الرسمي

[13] المملكة العربية السعودية. نظام المرور، المرسوم الملكي رقم (م/85) وتاريخ 1428/10/26هـ، المادة السادسة والثلاثون. المصدر الرسمي

[14] مسلم بن الحجاج. صحيح مسلم، كتاب الإيمان، باب قول النبي ﷺ: «من غشنا فليس منا».

[15]Ethical Use of Social Media and Sharing of Patient Information by Medical Students at a University Hospital in Saudi Arabia: Cross-Sectional Survey. الرابط .2025

[16] المملكة العربية السعودية. نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، المرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1431/9/14هـ، وقرار مجلس الوزراء رقم (321) وتاريخ 1431/9/13هـ المصدر الرسمي

الصدق والإفصاح عن الأخطاء والمضاعفات

Chapter 8 -Truth-Telling and Disclosure of Errors and Complications

ميّزبين ما تملكه -الو اقعة -وما لا تملكه -التكييف.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

ستقف يومًا أمام مريض ومعك خبرٌ ثقيل: تشخيصٌ خطير، أو جرعةٌ خاطئة وصلت إليه، أو تقريرُ أشعة أُغفل عامًا كاملًا. وسؤالك عندئذ ليس «هل أصدق؟» -فالصدق أصلٌ محسوم -بل: **متى أقول؟ وكم أقول؟ وبأي عبارة؟**

والثنائية التي يجب أن تسقط من ذهنك هي: «الإخبار القاسي» مقابل «الكذب الرحيم». والبديل هو **الصدق الرحيم**: حقيقة لا تضلل، ورحمة لا تكتم، وتدرج لا يتحول إلى تعطيل دائم لحق المعرفة.

تحرير المفاهيم قبل الحكم

• **الصدق** مطابقة الخبر للواقع، ويمتد إلى **صدق التبصير**: ألّا تترك المريض في تصور يخالف الحقيقة. و**الإفصاح** أداته التنفيذية.

• **الخطأ** فشل في إكمال إجراء مخطط له كما يُرجى منه، أو استخدام خطة خاطئة -وهو **قابل للتجنب**.[1] و**المضاعفة** عارض قد يقع رغم اتباع الأصول. و**الإهمال** وصفٌ نظامي تقرره الجهات المختصة، ولا يلزم من وقوع خطأ ثبوته. وتفصيل هذه الفروق وأثرها في الضمان في الفصلين العاشر والحادي عشر.

• **الحادث بلا ضرر** خطأ وصل إلى المريض بلا ضرر ظاهر. و**شبه الخطأ** حدث لم يصل إليه وكان قابلًا لذلك.

قاعدة تحفظها: الفرق بين هذه الدوائر **لا يغيّر حق المريض في معرفة ما حدث لجسده**؛ وإنما يغيّر التكييف والمسؤولية. فلا تجعل الجدل في التسمية سببًا لتأخير الحديث.

وميّز أيضًا: **السرية** تمنع نقل معلومة المريض إلى غيره. و**الكتمان** حجبُ معلومة جوهرية عن راشد كامل الأهلية، وهو محظور على ما يقتضيه النهي عن الغش وتوجبه

نصوص النظام. **والتدرج** تقديم الحقيقة على مراحل قصيرة، وهو محمود لأن قصده تمكين المريض من المعرفة لا منعه منها.

القاعدة الأولى: عمّ يُفصح؟

المعلومة الجوهرية قبل الإجراء خمس: التشخيص ودرجة اليقين فيه بلغة مفهومة؛ والبدائل كلها بما فيها عدم التدخل؛ والمخاطر الشائعة **والنادرة الجسيمة الأثر** -فالمعيار أثر الخطر في حياة هذا المريض وقراره لا نسبته وحدها؛ ونسب النجاح ومدة التعافي بواقعية بلا عبارات مطلقة؛ وحق السؤال والرأي الثاني.[2] **ويدخل فيها حداثةُ التقنية ومحدوديةُ خبرة الفريق** متى كانت مؤثرة.[3] وتفصيل شروط التبصير والموافقة المستنيرة في الفصل الخامس.

وأما بعد وقوع الحدث فاستعن بهذه المصفوفة:

نوع الحدث	قرار الإفصاح المعتاد
ضرر مؤكد أو محتمل	إفصاح عاجل ثم متابعة
خطأ وصل إلى المريض بلا ضرر ظاهر	يُفصح غالبًا بعد التحقق
شبه خطأ لم يصل إلى المريض	تقييم حالة بحالة، مع إبلاغ داخلي دائم
مضاعفة معروفة	تُشرح وتُعالج، ويُذكر عدم اليقين في السبب

ولا يصلح مقدار الضرر وحده ضابطًا؛ فالخطأ الصغير قد يغيّر متابعة دواء أو حمل أو عدوى. والضابط: **أثر الواقعة في صحة المريض وقراره**.

القاعدة الثانية: متى يُقال؟ الإفصاح على مرحلتين

تقضي السياسة الوطنية للإفصاح عن أحداث سلامة المرضى بأن الإفصاح عملية من مرحلتين:

- **إفصاح أولي** قبل اكتمال التحقيق، يُوصى ببدئه **خلال 24–48 ساعة** من وقوع الحدث أو العلم به متى كان المريض متاحًا جسديًا ونفسيًا. وفيه: وصف ما وقع بلغة بسيطة، وبيان المعلوم وغير المعلوم، وشرح الأثر، وخطة العلاج والمراقبة، وتعبير صادق عن الأسف، وموعد تواصل لاحق.[4]
- **إفصاح بعد التحليل** يشرح سبب الضرر والإجراءات التصحيحية ويقدم الاعتذار المناسب، ويصحح أي معلومة سابقة تغيّرت.[4]

ولا تترك المريض بين المرحلتين في فراغ: أعطه اسم جهة تواصل، والعبارة الأمينة:

«هذه الحقائق التي نعرفها الآن، وسنعود إليك في التاريخ المحدد».

وقبل هذا كله: **إنقاذ المريض قبل صياغة الرسالة**. أوقف الضرر، ثم وثّق الوقائع كما شوهدت، ولا تدع مكالمة الشؤون النظامية تؤخر إنعاشًا.

القاعدة الثالثة: كيف يُقال؟

استعن ببروتوكول SPIKES في إبلاغ الخبر السيئ. وخطواته: التهيئة (مكان هادئ ووقت كافٍ ومن يرغب المريض في حضوره)، ثم تقييم فهمه («ما الذي فهمته من الفحوص؟»)، ثم الاستئذان في مقدار التفاصيل. ثم إعطاء المعرفة بلغة مبسطة مع تمهيد، ثم التعاطف مع ردة الفعل، ثم خطة واضحة للمرحلة القادمة.[5]

لكن **انتبه**: كسر الخبر السيئ ليس هو الإفصاح عن الخطأ. فSPIKES ينظّم إبلاغ التشخيص الخطير، أما حدث السلامة فيضيف: تسمية الحدث، والاعتراف بالأثر، والأسف، والتحقيق، والتوثيق. فاستعمله **أسلوب تواصل داخل** عملية الإفصاح لا بديلًا عنها.

كيف تُقال الحقيقة عمليًّا؟ خمس مراحل

هذا هو المسار الذي ستسلكه فعلًا حين يقع حدث سلامة، مرحلةً بعد مرحلة:

• **المرحلة الأولى -الأمان في الدقائق والساعات الأولى:** أوقف الضرر، وعالج المريض، واطلب المساندة. احفظ السجل والعينة والجهاز والأدوية ذات الصلة **بلا تعديل ولا إخفاء**. أبلغ قائد الفريق وإدارة سلامة المرضى وفق سياسة المنشأة. ودوّن الوقائع السريرية الآنية **مفصولةً عن الفرضيات**.

• **المرحلة الثانية -من يبلّغ ومتى:** تحقق من أهلية المريض ولغته ورغبته في حضور شخصٍ داعم؛ فإن كان فاقد الأهلية فحدّد الممثل المخوّل مع إشراكه بقدر قدرته. ويقود اللقاء غالبًا **الطبيب الأكثر مسؤولية عن الرعاية** -لا أصغر الفريق -ومعه عضو من الجودة أو الإدارة عند الضرر الجسيم. ولا يُؤخَّر الإفصاح المعتاد عن 24–48 ساعة إلا لسبب استثنائي موثق.[4]

• **المرحلة الثالثة -اللقاء الأول:** ابدأ بالحدث لا بالمبررات: «أريد أن أشرح لك أمرًا غير متوقع حدث أثناء علاجك». اذكر الوقائع المعروفة بتسلسلها، وتوقف عند حدود العلم. بيّن الأثر الحالي والمراقبة والعلاج والبدائل. قل بصدق: «أنا آسف لما حدث وما سببه لك» بلا عبارة آلية. أعطِ المريض وقتًا، واستقبل الغضب والسؤال بلا دفاع ولا

لوم، وحدّد ما سيُراجَع وموعد اللقاء التالي واسم جهة الاتصال.

• **المرحلة الرابعة -التحليل والتواصل المستمر:** يُحلَّل الحدث بمنهجٍ يدرس الإنسان والمهمة والبيئة والتقنية والحوكمة، لا بسؤال «من أخطأ؟» وحده؛ وحدّث المريض إذا طال التحليل ولو كانت الرسالة أن التحقيق لم يكتمل.[6]

• **المرحلة الخامسة -اللقاء بعد التحليل والإغلاق:** لخّص ما ثبت، وصحّح أي معلومة أولية تغيّرت، واشرح السبب المباشر والعوامل المؤسسية بلغة مفهومة. **فإذا ثبت الخطأ فسمِّه** وتحمّل المسؤولية الملائمة وقدّم الاعتذار الكامل، واشرح ما تغيّر لمنع التكرار. ورتّب الرأي الثاني أو نقل الرعاية أو مسار الجبر عبر القنوات المختصة، ووثّق الجلسات كلها.

صيغ صحيحة وصيغ خاطئة

الكلمة الأولى تحدد مسار العلاقة كلها. احفظ هذه الأزواج:

• **قبل اكتمال التحقيق:** قل «نعرف أن جرعة أعلى من الموصوفة وصلت إليك، ونراجع كيف حدث ذلك» -لا «الممرضة أخطأت».

• **مضاعفة محتملة:** قل «هذه مضاعفة معروفة، لكننا نتحقق أيضًا من سلامة الإجراء والمتابعة» -لا «هذا طبيعي» مع وجود ضرر أو شك معتبر.

• **الاعتذار الأولي:** قل «أنا آسف لما حدث وما سببه لك من ألم وقلق» -لا «آسف إذا كنت منزعجًا».

• **عدم اليقين:** قل «لا أملك الآن جوابًا مؤكدًا، وسأعود إليك بعد المراجعة في موعد محدد» -لا «لا نعرف شيئًا»، ولا وعدًا بنتيجة غير مضمونة.

• **غضب المريض:** قل «أفهم سبب غضبك، وسأجيب عمّا أعرفه وأوثّق أسئلتك» -لا «الانفعال لن يفيد»، ولا الجدال الدفاعي.

• **طلب الأسرة الحجب:** قل «أفهم خوفكم؛ دعونا نعرف كيف يريد هو أن يتلقى المعلومات ومن يشارك معه» -لا «سنخفي عنه» قبل سؤال المريض.

• **في التوثيق:** اكتب «شرحتُ الوقائع المعروفة وخطة العلاج وموعد المتابعة» -لا «تمت السيطرة على الأسرة» وأوصافًا حكمية.

ثلاث حدود يجب ألّا تخلط بينها

التدرج المشروع: تقديم الحقيقة على مراحل قصيرة تناسب قدرة المريض -محمود.

والتأجيل المؤقت: تأخير بعض التفاصيل إذا وُجد تقييم سريري موثق يثبت أن الإفصاح الفوري سيوقع ضررًا نفسيًا جسيمًا محققًا (كخطر انتحار أو ذهان حاد)، بشرط توثيق السبب ومراجعته وزوال المنع بزوال العارض. **والكتمان المحظور**: الحجب المفتوح المدة استجابةً لخوف الأسرة أو هربًا من المواجهة.

وأما «الامتياز العلاجي» -أي أن يمتنع الطبيب عن الإبلاغ تقديرًا منه لمصلحة المريض -فله في النظام السعودي موضع نصٍّ لا يصح تجاهله. فالمادة الثامنة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية، بعد إيجابها بيان المضاعفات المحتملة للمريض أو ذويه أو من يختاره المريض، تنص على أنه: «وللطبيب في حالة الأمراض المستعصية أو التي تهدد حياة المريض بالخطر أن يقدر وفقًا لما يمليه عليه ضميره مدى ملاءمة إبلاغ المريض أو ذويه بحقيقة المرض، وذلك ما لم يكن المريض قد حظر عليه ذلك، أو عيّن شخصًا أو أشخاصًا يقتصر الإبلاغ عليهم».[7] فالنظام يمنح الطبيب تقدير ملاءمة الإبلاغ في الأمراض المستعصية، ويقيّد هذا التقدير بحق المريض في منع الإبلاغ أو تحديد من يُبلَّغ.

والذي أختاره -وهو موقف أخلاقي للمؤلف يُنزَّل داخل هذا النص لا ضده -أن يُضيَّق تقدير «الملاءمة» إلى التأجيل المؤقت المقيد المتقدم: تقييم سريري موثق لضرر نفسي جسيم محقق، ومراجعة، وزوال المنع بزوال العارض. فكثير من المعاصرين في أدبيات أخلاقيات الطب يرون أن «الامتياز العلاجي» بإطلاقه لم يعد مقبولًا،[8] ولأن حجة أن المعلومة «ستُربك» المريض تناقض افتراض أهليته الذي بُني عليه إذنه بالإجراء نفسه: **فلا يصح أن يُعدّ راشدًا عند التوقيع، قاصرًا عند الإخبار**. فتقدير الملاءمة في النص ينصرف -على ما أختاره -إلى كيفية الإبلاغ وتوقيته وتدرجه ومن يحضره، لا إلى الحجب المفتوح؛ ويبقى للطبيب سعة النص إذا قدّر خلاف ذلك في واقعة بعينها بتقييم موثق يُراجَع.

الأسرة: شريك في الدعم لا في الحجب

القرابة وحدها لا تمنح الأسرة سلطة على المريض الراشد كامل الأهلية؛ ولا تنتقل إليها أولوية الإبلاغ إلا بفقد الأهلية أو نقصها المؤثر أو قصور السن أو **تفويض صريح موثق** (وتقييم الأهلية وترتيب الأولياء تفصيله في الفصل الخامس). فإذا قال لك المريض: «لا تخبرني، تحدث مع أخي» فاستوضح ما الذي يفوّضه ولمن، ووثّق التفويض، وأعطه مع ذلك الحد الأدنى الذي تقتضيه سلامته وقراره. فإذا طلبت الأسرة الكتمان: أنصت

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

واحترم قصدها، وقيّم أهلية المريض وخطره النفسي، ثم اعتمد الإفصاح التدريجي وأشرك الأسرة في **خطة الدعم لا في الحجب**، ووثّق ذلك.

ولا تفترض أن «المريض عندنا لا يريد أن يعرف»؛ ففي دراسة سعودية على مرضى السرطان وأسرهم فضّل **82.6% من المرضى** الإفصاح عن التشخيص، بينما مالت الأسر إلى معلومات أقل تفصيلًا.[9]

الأساس الشرعي

الصدق أصل من أصول الاستقامة: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَكُونُوا مَعَ الصَّادِقِينَ﴾. وقرر النبي ﷺ أصلًا جامعًا: «من غشنا فليس منا».[10] والغش الطبي قد يكون صريحًا -كإخبار المريض بأن حالته بسيطة مع العلم بخطورتها؛ وقد يكون ضمنيًا - كتركه يظن أن العلاج شافٍ والخطة تلطيفية، أو كتمان خطأ وقع أثناء العلاج. **والتدليس بالبدن أشد خطرًا من التدليس بالمال.** ومع الصدق يأتي الرفق: ﴿وَقُولُوا لِلنَّاسِ حُسْنًا﴾.

وأما المقاصد فالإفصاح متصل بالكليات الخمس: **حفظ الدين** -فالمريض في المرض الخطر يحتاج إلى التوبة والوصية وقضاء الديون؛ و**حفظ النفس** بفهم المرض والالتزام بالخطة؛ و**حفظ النسل** في الأمراض الوراثية والمعدية؛ و**حفظ المال** بوقف الهدر.

وفي **قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 79 (10/8)** في السر في المهن الطبية: «الأصل حظر إفشاء السر، وإفشاؤه بدون مقتضٍ معتبر موجب للمؤاخذة شرعًا».[11] ودلالته هنا أن السرية حق للمريض **تجاه الغير**، فلا تصلح حجةً لحجبها عنه هو.

ويُستفاد من **القرار رقم 142 (8/15)** في ضمان الطبيب -استنباطًا من مقتضاه لا نصًّا فيه -أن كتمان الخطأ لا يرفع الضمان بل قد يضيف ضررًا جديدًا؛ وأن الإفصاح عن الواقعة **ليس إقرارًا بالتعدي**.[12] وفي النص المنشور بعنوان «مشروع قرار» رقم **223 (7/23)**: «تشجيع الأطباء المخطئين على الإفصاح عن الأخطاء، لإظهار الشفافية والمصارحة» (البند 15).[13]

وحكم الكذب على المريض: محرم بنصوص تحريم الكذب والغش، وهو هنا تغرير بالبدن. والأقرب أن التورية لا تُشرع فيما يوقع المريض في تصور مخالف لحقيقة تلزمه معرفتها. أما صياغة الأمل مع بيان الحقيقة الطبية فمن حسن الأداء لا من الكذب.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
مزاولة المهن الصحية، المادة (9) والمادة (15)	استهداف مصلحة المريض دائمًا، وتقديم ما يطلبه من تقارير ونتائج «مراعيًا في ذلك الدقة والموضوعية»
المادة (18) والفقرة (18/1) من اللائحة	«بيان المضاعفات الجانبية المحتملة... للمريض أو ذويه أو من يختاره المريض»؛ وللطبيب في الأمراض المستعصية أو المهددة للحياة تقدير ملاءمة الإبلاغ، ما لم يحظره المريض أو يعيّن من يُبلَّغ [7]
المادة (19)	لا عمل طبي إلا برضا المريض؛ ويفسد الرضا إذا بُني على إخفاء مخاطر جوهرية
المادتان (26) و(27)	التزام ببذل عناية يقظة، والتعويض عن الخطأ المهني -ومن صوره **نقص المتابعة** [7]
نظام حماية البيانات الشخصية	البيانات الصحية حساسة، وقصر الاطلاع على أقل عدد وبالقدر اللازم -ولا تعني حجبها عن المريض نفسه [14]
سياسة الإفصاح عن أحداث سلامة المرضى	إفصاح مفتوح على مرحلتين، والإجراءات القانونية والتأديبية خارج نطاق الإطار [4]

انتبه: عبارة «من يختاره المريض» في اللائحة، وقيد «ما لم يكن المريض قد حظر عليه ذلك» في المادة الثامنة عشرة، يُثبتان أن المريض هو من يحدد شريكه في تلقي المعلومة، لا أن الأسرة أولى به تلقائيًا؛ فتقدير الطبيب في النص مقيَّد بهذا الحق.

الاعتذار والإقرار بالمسؤولية: ثلاث درجات لا درجة واحدة

أكبر ما يمنع الممارس من الإفصاح خوفُه من أن يتحول اعتذاره إلى دليل ضده. والحل أن تميّز ثلاث درجات مختلفة:

- **التعبير عن الأسف** -«يؤسفني جدًا ما حدث لك»: واجبٌ إنساني **في كل حال**، مضاعفةً كانت أو خطأً أو حادثًا؛ ولا يتضمن أي تكييف. والامتناع عنه خشيةَ أن يُفهم إقرارًا خطأٌ شائع؛ فالصمت ليس حماية، بل من أكثر أسباب التصعيد.[15]
- **الاعتذار الكامل** -«حدث خطأ في كذا، ونحن نتحمل مسؤولية إصلاحه ومنع تكراره»: يُقدَّم **بعد اكتمال التحليل** إذا ثبت الخطأ، وتقدمه المنشأة والفريق لا الفرد وحده، ويُقرن بالجبر.
- **الإقرار القانوني بالإهمال** -«ارتكبتُ خطأً بسبب جهلي وأنا المسؤول»: **ليس**

مطلوبًا منك؛ فتكييف الواقعة -مضاعفة أم خطأ أم إهمال موجب للمسؤولية - اختصاص لجان التحقيق والجهات النظامية، ولا يملكه الممارس منفردًا قبل التحقيق.

فقولك: «أثناء العملية حدث قطع غير متوقع للوعاء الدموي، وقمنا بترميمه، وأنا آسف لحدوث هذه المضاعفة» -إفصاحٌ عن الحقائق المادية مع الأسف، مطلوبٌ نظامًا وأخلاقًا **ولا يُعدّ إقرارًا قانونيًا بالإهمال**. فمهمتك نقل الواقعة بصدق، ومهمة اللجان تكييفها. ومع ذلك لا يُسوَّق الاعتذار على أنه «محميٌّ قانونًا» على إطلاقه؛ فلم يُوقف في المصادر الرسمية السعودية على نصٍّ يمنحه حصانة شاملة في الإثبات.

ويُمنع منعًا باتًا: **شراء الصمت**، أو ربط استمرار العلاج بالتنازل، أو الضغط للتوقيع على إبراء في لحظة ضعف؛ فحق المريض في الشكوى مسارٌ مستقل لا يُساوَم عليه، **وجبر الضرر حقٌّ لا تفضّل**.

وفي توثيق جلسة الإفصاح سجّل: الوقت والحاضرين، وأهلية المريض، والحقائق المعروفة وما لم يتضح بعد، والأثر والتدخل، وما شُرح، والتعبير عن الأسف، وأسئلة المريض، والخطة وموعد المتابعة ومسؤول التواصل -بلغة واقعية لا مستنسخة. **ولا تكتب «لا يوجد خطأ» قبل اكتمال المراجعة، ولا «اعتراف بالإهمال» لمجرد تقديم الأسف**.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
تحريم الكذب على المريض والغش في إخباره بحاله	نص قطعي	﴿وَكُونُوا مَعَ الصَّادِقِينَ﴾، وحديث «من غشنا فليس منا» [10]
الأصل حظر إفشاء سر المريض تجاه الغير، و إفشاؤه بلا مقتضٍ موجب للمؤاخذة	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار رقم 79 (10/8) [11]
تشجيع الأطباء المخطئين على الإفصاح عن أخطائهم	مشروع قرار مجمعي	القرار رقم 223 (7/23)، البند 15 [13]
كتمان الخطأ لا يرفع الضمان، والإفصاح عن الواقعة ليس إقرارًا بالتعدي	اجتهاد المؤلف	استنباط من مقتضى القرار رقم 142 (8/15) [12]

للطبيب في الأمراض المستعصية تقدير ملاءمة الإبلاغ، مقيدًا بحق المريض في المنع أو تعيين من يُبلَّغ	نص نظامي	المادة (18) من نظام مزاولة المهن الصحية [7]
تضييق هذا التقدير إلى التأجيل المؤقت المقيد بتقييم موثق، وسقوط «الامتياز العلاجي» بإطلاقه	اجتهاد المؤلف (موقف أخلاقي يُنزَّل داخل نص المادة 18 لا ضده)	رأي كثير من المعاصرين، بناءً على افتراض أهلية المريض [8]
الكتمان المفتوح عن الراشد محظور، والتدرج في الإفصاح مشروع محمود	اجتهاد المؤلف	تكييف الكتمان غشًّا، وتكييف التدرج تمكينًا من المعرفة لا منعًا منها
التورية لا تُشرع فيما يوقع المريض في تصور مخالف لحقيقة تلزمه معرفتها	اجتهاد المؤلف	تخريج على تحريم الغش والتغرير بالبدن

خلاصة عملية

الأصل الصدق والإفصاح للمريض الراشد العاقل، والرحمة في **كيفية** قول الحقيقة لا في حجبها. ابدأ بإنقاذ المريض، ثم أفصح عن المعروف مبكرًا وبيّن ما لم يُعرف بعد، وحدّد موعدًا للعودة، وقل «أنا آسف لما حدث» بلا تخمين ولا لوم. وميّز بين ما تملكه -الواقعة- وما لا تملكه -التكييف. **ومن مُنع من معرفة حاله مُنع تبعًا من الوصية وترتيب شؤونه.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

القواعد الحاكمة لهذا الباب. أربع قواعد تحكم الحالات الآتية: يفصح عن الواقعة المادية دائمًا، ويترك تكييفها -مضاعفة أم خطأ موجب للمسؤولية- للجان المختصة؛ وعدم اكتمال التحقيق لا يبيح الصمت، وإنما يغير صياغة الرسالة إلى «هذه الحقائق التي نعرفها الآن، وسنعود إليك بما نتأكد منه»؛ والمريض الراشد هو المخاطب الأول، والأسرة شريك في الدعم لا في الحجب؛ وحدُّ وجوب الإفصاح أثرُ الواقعة في علاج المريض أو مراقبته أو إنذاره أو قراره، لا مقدار الضرر وحده.

أين يقع الخطأ عادةً؟ في أربعة مواضع تتكرر في هذه الحالات: الاختباء خلف كلمة «مضاعفة» لإغلاق التحقيق، أو خلف كلمة «خطأ» لإثبات مسؤولية لم تثبت؛ وانتظار ظهور الضرر قبل الإفصاح عن خطأ وصل إلى المريض ولم تنقض نافذة خطره؛ وقبول طلب الأسرة الحجب قبل سؤال المريض نفسه عما يريد أن يعرف ومن يشارك معه؛ وحصر الشفافية في لقاء واحد بلا موعد متابعة ولا إصلاح

قابل للقياس.

الحالة الأولى: تقرير أشعة أغفل عامًا كاملًا

| **السيناريو**. مزارع في السابعة والسبعين يراجع طبيبة المسالك البولية لفحص سنوي بسبب حصى كلى متكررة. قبل دخوله، تخبرها الممرضة أنه كان في الطوارئ الليلة الماضية ببيلة دموية، وأن تصويرًا مقطعيًا حديثًا أظهر أن ورمًا كلويًا شوهد في تصوير العام الماضي قد كبر، وأن به الآن نقائل رئوية. تكتشف الطبيبة أن تقرير أشعة العام الماضي موجود في السجل ولم تطلع عليه قط، ولا يوجد ما يدل على أن نتيجته شوركت مع المريض. وهي تعد نفسها دقيقة ولم يسبق لها مثل هذا السهو، وتفكر فيما يجب أن تخبر به المريض [8].

السؤال الحاسم. هل تكتفي بإخبار المريض بالتشخيص الحالي، أم تفصح أيضًا عن التأخر التشخيصي الذي وقع قبل عام؟

| **الركن الطبي**. وقع تأخر تشخيصي حول الحالة من ورم موضعي محتمل الاستئصال إلى مرض منتشر تتغير معه الخطة إلى علاج جهازي أو تلطيفي. يجب أولًا التحقق من دقة التقرير القديم والحالي، ثم استكشاف ما يدركه المريض الآن، وترتيب إحالة عاجلة لطب الأورام، وإعادة تقييم إجراءات المتابعة في العيادة لمنع ضياع التقارير.

| **الركن الأخلاقي**. الشفافية توجب إخبار المريض بالتشخيص الحالي وبإغفال التقرير معًا؛ فإخفاء السهو انتهاك للثقة وتعطيل لحقه في فهم ما جرى وفي المطالبة بحقه. وتتوقع الطبيبة غضبًا وصدمة وعدم تصديق؛ فلا تجدي التطمينات الكاذبة ولا لوم المريض على عدم المتابعة. وعليها أن تتذكر أن عوامل نظامية قد تكون شاركت في الخلل، وأن تلتمس هي نفسها الدعم المناسب؛ فالخطأ الجسيم صعب عاطفيًا على الممارس [8].

| **الركن الفقهي**. كتمان السهو غش وخيانة للأمانة، و«الضرر يزال» توجب بيان ما وقع لتدارك ما يمكن تداركه. والإفصاح عن الواقعة لا يعني الجزم بالضمان؛ فتقديره بأركانه إلى الجهة المختصة [11، 12].

| **الركن النظامي**. المادة التاسعة (مصلحة المريض) والمادتان السادسة والعشرون والسابعة والعشرون (بذل العناية، ونقص المتابعة صورة خطأ) تحكم الواقعة [7]. ويجب إبلاغ إدارة المخاطر لتعديل نظام تتبع التقارير.

القرار المهني الموزون. تعقد الطبيبة جلسة إفصاح وفق الخطوات المنهجية: تستكشف ما يعرفه المريض، ثم تخبره بنتائج الدراستين القديمة والحالية معًا، وتعتذر بصدق عن إغفال التقرير. وتشرح خطة الإحالة العاجلة هذا الأسبوع -فإن تعذرت فإلى طبيب مسالك آخر أو مختص أورام- وتبين ما ستغيره العيادة لمنع تكرار السهو. وترفع تقرير حادثة للجهة المختصة في المنشأة. ما يوثق: الوقائع بتسلسلها، ومضمون الإفصاح، وردة فعل المريض، وخطة الإحالة، وبلاغ الحادثة المنفصل.

الحالة الثانية: إصابة أثناء الجراحة -مضاعفة أم خطأ؟

| **السيناريو**. حدثت إصابة في الحالب أثناء جراحة حوض معروفة بصعوبتها، واكتشفت بعد العملية. يقول الجراح إنها مضاعفة معروفة، ويرى طبيب آخر أن التعرف على التشريح كان غير كافٍ. يحتاج المريض إلى تدخل إصلاحي عاجل، ولم تكتمل مراجعة التقرير الجراحي.

السؤال الحاسم. كيف يفصح من غير إخفاء تحت كلمة «مضاعفة» ولا اتهام مبكر؟

| **الركن الطبي**. الإصابة حقيقة، وحاجتها إلى الإصلاح حقيقة؛ أما قابليتها للمنع فمسألة تحقيق. يشرح خطر التدخل الإصلاحي وبدائله، ويستدعى اختصاصي المسالك، وتحفظ الصور والسجل؛ ويفحص التحليل صعوبة الحالة، وتحديد المعالم، والخبرة، والإشراف، وزمن اكتشاف الإصابة.

| **الركن الأخلاقي**. للمريض حق معرفة الإصابة فورًا لأنها تقتضي قرارًا جديدًا؛ ولا يجوز تأخيرها حتى يتفق الجراحون على وصف السبب. ويحسن أن يقود اللقاء الجراح المسؤول مع عضو خبير، من غير لوم الزميل أمام المريض.

| **الركن الفقهي**. مجرد المضاعفة لا يثبت التعدي، لكن تسميتها مضاعفة لا تسقط التحقيق؛ ويؤيد مشروع القرار 223 (7/23) التمييز بين الخطأ والحادث غير المرغوب والمضاعفة المتوقعة، ويجعل الضمان في التقصير والتعدي [13].

| **الركن النظامي**. أوجبت اللائحة بيان المضاعفات المحتملة قبل الإجراء، ويستمر الواجب بعد وقوعها بشرح الوضع وآثاره (الفقرة 18/1) [7]؛ وتطلب السياسة الوطنية الحقائق المعروفة في المرحلة الأولى ثم السبب والإصلاح بعد التحليل [4].

القرار المهني الموزون. يقال: «وقعت إصابة في الحالب أثناء الجراحة، وهي إصابة معروفة الاحتمال في هذا النوع، لكنها تحتاج إصلاحًا الآن. لا نعرف بعد هل كان يمكن منعها، وسنراجع العملية ونعود إليك. أنا آسف لما ترتب عليها». ثم يبلغ المريض بالنتيجة النهائية -مضاعفة مع سلامة الأداء أو خطأ -مع خطة منع التكرار. ما يوثق: وصف الإصابة والإصلاح، ومضمون اللقاءين، ونتيجة التحليل.

الحالة الثالثة: أسرة تطلب كتمان تشخيص السرطان

| **السيناريو**. رجل في الخمسين، واعٍ مدرك كامل الأهلية، شخص بورم خبيث متقدم لا يرجى شفاؤه. تطلب أسرته من الطبيب عدم إخباره «حتى لا ينهار»، وتقترح أن تدار الخطة العلاجية عبرهم.

السؤال الحاسم. هل تملك الأسرة حجب التشخيص عن مريض راشد كامل الأهلية؟

| **الركن الطبي**. لا يمكن بناء خطة علاجية أو تلطيفية سليمة على مريض لا يعرف تشخيصه: فالموافقة على العلاج الكيميائي أو التلطيفي، والتعامل مع الأعراض، وقرارات نهاية الحياة، كلها تتطلب فهمه. ويقيم احتمال الضرر النفسي تقييمًا مهنيًا لا بمجرد خوف الأسرة.

| **الركن الأخلاقي**. حق المعرفة للمريض المؤهل مقدم؛ والدراسات المحلية تبين أن أكثر المرضى يريدون أن يعرفوا، وأن الممانعة غالبًا من الأسرة [16، 17]. وتشرك الأسرة في الدعم والتهيئة لا في

الحجب.

| **الركن الفقهي.** نية الشفقة لا تبيح التجهيل الدائم (الأمور بمقاصدها)، وحق المريض اليقيني لا يسقط بمخاوف ظنية (اليقين لا يزول بالشك). ويتأكد الإفصاح بمقصد حفظ الدين: فللمريض حق الاستعداد والتوبة والوصية ورد المظالم.

| **الركن النظامي.** المريض الراشد هو المخاطب الأول بالمعلومة، ورضاه شرط العمل الطبي (المادة التاسعة عشرة) [7]، ووثيقة حقوق المرضى تقرر حقه في المعرفة [18]. والمادة الثامنة عشرة تمنح الطبيب تقدير ملاءمة الإبلاغ في المرض المستعصي، لكنها تقيده بإرادة المريض في المنع أو تعيين من يُبلَّغ؛ فيُسأل هو أولًا، ولا يُبنى القرار على طلب الأسرة وحده مع كمال أهليته [7].

القرار المهني الموزون. يستقبل طلب الأسرة بإنصات، ويشرح لها أن الكتمان يضر المريض ويحرمه حقوقًا دينية ودنيوية، ثم يسأل المريض نفسه عن رغبته في المعرفة أو التفويض. فإن أراد المعرفة أبلغ بأسلوب SPIKES تدريجيًا رحيمًا مع خطة دعم نفسي وإشراك الأسرة في المساندة؛ وإن اختار بإرادته الحرة تفويض أحد أفراد أسرته وثق التفويض واحترم. ويوثق طلب الأسرة ورد الفريق وخطة الإبلاغ. ما يوثق: تقييم الأهلية، وطلب الأسرة بلغة مهنية غير اتهامية، وسؤال المريض عن رغبته، ومضمون الإفصاح وخطته.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

مضاعفة معروفة أثناء جراحة غيّرت النتيجة المتوقعة. لا يكفي القول إن «الزراعة لم تتم»؛ بل يخبر المريض وذووه بما حدث داخل الغرفة وسببه وأثره: «حدث تمزق في كبسولة العدسة، وهو من المخاطر المعروفة لهذه العملية، فأوقفنا الزراعة حفاظًا على سلامة العين، وسيحتاج إلى عدسات لاصقة، وأنا آسف أن العملية لم تسر كما خططنا». والضابط: كون الحدث مضاعفة معروفة لا يسقط حق المعرفة وإنما يؤثر في التكييف والضمان؛ ويوثق الحدث والإفصاح ويرفع بلاغ الحادثة من غير إقرار قانوني متسرع ولا لوم لأحد أعضاء الفريق.

اكتشاف خطأ ممارس آخر في منشأة أخرى. يصحَّح العلاج أولًا ويقيَّم الأثر والسببية بتروٍّ، ثم يخبر المريض بما هو محقق: «الجرعة كانت أعلى من الموصى به، وقد صححناها، ونقيّم أثرها»، من غير جزم بسببية لم تثبت ولا تشهير بالزميل أمام المريض. والضابط: الستر على خطأ يضر المريض ليس من الستر المحمود، والتشهير بغير بينة ظلم؛ فيتواصل مهنيًا مع الزميل أو جهته ليتولى الإفصاح الكامل والتبليغ، ويصعّد عبر القنوات المختصة إن لم يقع ذلك.

متدرب أجرى جزءًا جوهريًا تحت إشراف غير كافٍ. لا يقتصر الإفصاح على الإصابة، بل يشمل الأدوار كما ثبتت ومراجعة الإشراف؛ فمعرفة هوية الفريق وأدواره من احترام المريض، والإذن ينصرف إلى الفعل المعلوم وحدوده المعقولة فلا يبيح تجاوز الصلاحيات أو التفريط في الإشراف. والضابط: لا يحمى التسلسل الهرمي بإخفاء مشاركة المتدرب، ولا يضحى بالمتدرب لحماية المؤسسة؛ يقود اللقاء

الاستشاري المسؤول، وتفحص خطة الإشراف والبيئة قبل أي عقوبة فردية.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. أثناء المناوبة اكتشفتَ أن مريضك تلقّى جرعة دوائية أعلى من الموصوفة، ولم يظهر عليه ضرر حتى الآن. ما التصرف الصحيح؟

أ) يُكتفى بالمراقبة ولا يُبلَّغ المريض ما دام لم يقع ضرر

ب) يُنتظر اكتمال تقرير لجنة السلامة قبل أي حديث مع المريض

ج) يُبلَّغ المريض غالبًا بعد التحقق، وتُشرح المراقبة اللازمة، ويُبلَّغ داخليًا في كل حال

د) يُدوَّن الحدث في السجل ويُترك إخبار المريض لطبيب المناوبة التالية

2. وقع حدث سلامة بضرر جسيم لمريض بالغ، فطلب الاستشاري من طالب الامتياز أن يذهب وحده ليخبر المريض «لأنه يعرفه جيدًا». ما الصحيح؟

أ) يذهب الطالب وحده لأن العلاقة الشخصية أهم من الرتبة في هذا الموقف

ب) يقود اللقاء الطبيب الأكثر مسؤولية عن الرعاية ومعه عضو من الجودة أو الإدارة، ويحضر الطالب للتعلم لا ليحمل الإفصاح وحده

ج) يُؤجَّل الإفصاح حتى يفرغ الاستشاري من عملياته ولو تجاوز ذلك أيامًا

د) يُكلَّف التمريض بالإفصاح لأنه الأقرب إلى المريض

3. جرت مضاعفة أثناء جراحة، ويخشى الجرّاح أن يكون اعتذاره دليلًا ضده. ما الصحيح؟

أ) يمتنع عن أي تعبير عن الأسف حتى تنتهي اللجان من عملها

ب) يقول للمريض صراحةً إنه أخطأ بسبب جهله وإنه المسؤول قانونًا عمّا حدث

ج) ينقل الواقعة المادية مع تعبير صادق عن الأسف، ويترك التكييف للجان المختصة؛ فالأسف واجب في كل حال وليس إقرارًا بالإهمال

د) يكتفي بتدوين الواقعة في السجل ويُحيل المريض إلى الشؤون النظامية

4. مريضٌ قال لك: «لا تخبرني بشيء، تحدث مع أخي». ما التصرف المهني؟

أ) يُرفض الطلب لأن الإفصاح واجب لا يقبل التنازل

ب) يُقبل فورًا ويُوجَّه الحديث كله إلى الأخ

ج) يُطلب من الأخ توقيع نموذج تفويض عن المريض

د) يُوضَّح ما الذي يريد تفويضه ولمن، ويُوثَّق التفويض، ويُعطى المريض الحد الأدنى اللازم لسلامته وقراره

5. أيّ العبارات الآتية هي العبارة الأمينة قبل اكتمال التحقيق؟

أ) «هذا أمر طبيعي ولا داعي للقلق»

ب) «نعرف أن كذا حدث، ونراجع كيف وقع، وسنعود إليك في موعد محدد»

ج) «حدث خطأ من التمريض وسنحاسب المسؤول»

د) «لا نعرف شيئًا حتى الآن»

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) ب • 3) ج • 4) د • 5) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). To err is human: Building a safer health system. Institute of Medicine, National Academy Press.

[2] Montgomery v. Lanarkshire Health Board (2015) UKSC 11(Supreme Court of the United Kingdom).

[3] Johnson v. Kokemoor, 545N.W.2d 495(Wisconsin Supreme Court, 1996).

[4] المركز السعودي لسلامة المرضى. (د.ت.). سياسة الإفصاح عن أحداث سلامة المرضى (الإصدار الأول). Saudi Patient Safety Center. المصدر الرسمي

[5] Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES -A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. The Oncologist, 5(4), 302–.311

[6] المركز السعودي لسلامة المرضى. (2022). سياسة الثقافة العادلة الوطنية (الإصدار الثاني، محدثة 27 أكتوبر 2022م). Saudi Patient Safety Center.

[7] المملكة العربية السعودية. (1426هـ). نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، ولائحته التنفيذية الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 1439/1/2هـ. المصدر الرسمي

[8] Hébert, P. C., Levin, A. V., & Robertson, G. (2008). Disclosure of medical error. In P. A. Singer & A. M. Viens (Eds.), The Cambridge textbook of bioethics (pp. 246–252). Cambridge University Press. (ومنه أعد البحث المعرب «الإفصاح عن الخطأ الطبي» المدمج في هذا الفصل).

[9] Alzahrani, A. S., et al. (2018). Attitudes of cancer patients and their families toward disclosure of cancer diagnosis in Saudi Arabia: A Middle Eastern population example. Patient Preference and Adherence, 12, 1659–1666. DOI

[10] مسلم بن الحجاج النيسابوري. (د.ت.). المسند الصحيح المختصر (محمد فؤاد عبد الباقي، محقق). دار إحياء التراث العربي. (الأحاديث 101، 2594، 2607).

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1993). القرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية. قرارات وتوصيات الدورة الثامنة، بندر سيري بيغاوان، 1–7 المحرم 1414هـ / 21–27 يونيو 1993م. منظمة التعاون الإسلامي. المصدر الرسمي

[12] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (2004). القرار رقم 142 (8/15) بشأن ضمان الطبيب. قرارات وتوصيات الدورة الخامسة عشرة، مسقط، 14–19 المحرم 1425هـ / 6–11 مارس 2004م. منظمة التعاون الإسلامي. المصدر الرسمي

[13] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (2018). النص المنشور بعنوان «مشروع قرار رقم 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية». الدورة الثالثة والعشرون، المدينة المنورة، 19–23 صفر 1440هـ / 28 أكتوبر – 1 نوفمبر 2018م. المصدر الرسمي

[14] المملكة العربية السعودية. (1443هـ). نظام حماية البيانات الشخصية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 1443/2/9هـ، والمعدل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 1444/9/5هـ. الهيئة السعودية للبيانات والذكاء الاصطناعي.

[15] Gallagher, T. H., Waterman, A. D., Ebers, A. G., Fraser, V. J., & Levinson, W. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA, 289(8), 1001–.1007

[16] Aljubran, A. H. (2010). The attitude towards disclosure of bad news to cancer patients in Saudi Arabia. Annals of Saudi Medicine, 30(2), 141–144. DOI

[17] Mobeireek, A. F., Al-Kassimi, F., Al-Zahrani, K., et al. (2008). Information disclosure and decision-making: The Middle East versus the Far East and the West. Journal of Medical Ethics, 34(4), 225–.229

[18] وزارة الصحة. (2026). وثيقة حقوق المرضى ومسؤولياتهم، ومنصة «يحق لك» للحقوق العامة وحقوق المريض في المؤسسات الصحية الخاصة (صفحات محدثة 2026م). وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.

رفض رعاية المرضى والاعتراض الضميري

Chapter 9 -Refusal to Treat and Conscientious Objection

لا يحمي التوثيق سياسةً غير مشروعة؛ فعبارة «بأمر الإدارة» دليل على مصدر

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

ستقف مرارًا أمام موقفٍ يُسجَّل في الملف بعبارةٍ واحدة: «رفض الطبيب». وتحت هذه العبارة تختبئ مواقفُ أحكامها مختلفة جذريًا: حالةٌ عاجلة وصلت قبل اكتمال الضمان المالي؛ وطبيبٌ لا يملك المهارة المطلوبة؛ ومريضٌ يهدد الفريق؛ ومرضٌ معدٍ؛ وطلبُ دواء لا يحقق فائدة؛ واعتراضٌ ضميري على تدخل مشروع؛ وعلاقةٌ علاجية انهارت.

فلا تبدأ من سؤال: هل لي أن أرفض؟ والقاعدة الجامعة: **لا يُرفض الإنسان، وإنما قد يُرفض إجراءٌ أو ظرفٌ أو علاقةٌ مستقبلية بضوابط؛ ولا يُترك المريض في فجوة خطرة بين قرار الاعتذار ووصول الرعاية البديلة.**

قبل أن تبدأ: رفض المريض غير رفض الممارس

تُكتب في الملف كلمة «رفض» لموقفين مختلفين تمامًا، ولا يصح أن يُحكم لأحدهما بأحكام الآخر:

الوجه	رفض المريض للعلاج	رفض الممارس تقديم الرعاية
من يقرر؟	المريض القادر بعد تبصير كافٍ	الممارس أو المنشأة
أساسه	حقه في جسده وقراره	سببٌ مهني أو شخصي مقبول
شرطه	أهلية وفهم وطوعية	غير الحالات الخطرة والعاجلة، ولا تمييز ولا ضرر
ما لا يسقط	استمرار الرعاية بما يقبله	الإسعاف والإحالة والاستمرارية
موضع تفصيله	الفصل الخامس: الإذن الطبي	هذا الفصل

رفض المريض حقٌّ له: فالبالغ القادر الذي فهم حالته وبدائلها وعواقب رفضه يُحترم رفضه ولو خالف رأيك، ويُوثَّق أنه رفضٌ مستنير لإجراءٍ بعينه، **ويستمر الفريق في تقديم ما يقبله** من رعاية وتسكين ومتابعة. وقد نص قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي

رقم 184 (10/19) في بنده «ثانيًا» على أن إذن المريض كامل الأهلية بعلاجه في الحالة المستعجلة واجب شرعًا يأثم بتركه، وأجاز للطبيب التدخل المنقذ استنادًا إلى الضرورة. والذي يعتمده الكتاب في التنزيل -كما في الفصل الخامس -عدم الإكراه الجسدي على القادر، مع التبصير وتوثيق الرفض بعد استنفاد الإقناع، وهو ما اشترطه القرار نفسه في بنده «خامسًا». وتفصيل تقييم الأهلية وحدود الرفض وتجاوز رفض الولي عن ناقص الأهلية في الفصل الخامس، فلا تخلطه بهذا الباب.

ورفض الممارس هو موضوع هذا الفصل: ممارسٌ أو منشأةٌ يقرر عدم بدء خدمة لازمة أو عدم استمرارها مع القدرة المبدئية عليها. وقد يقع بالقول المباشر، أو بإغلاق باب الاستقبال، أو بتأخيرٍ غير مبرر، أو باشتراط مبلغٍ مقدم في طارئ. وقد يقع أيضًا بعدم استدعاء المختص، أو بإنهاء المتابعة من غير انتقال آمن.[1، 2] وهذا هو الذي تُقيّده الشروط والنصوص الآتية.

انتبه: الخلط يقع في الاتجاهين. فمن كتب «رفض المريض العلاج» لمن رفض إجراءً واحدًا وأراد بقية الرعاية فقد حوّل حقًّا إلى تهمة؛ ومن كتب «المريض غير متعاون» ليبرر إنهاء متابعته فقد حوّل رفضًا مهنيًّا يحتاج إلى ضوابط إلى ذنبٍ للمريض.

خريطة خمسة أفعال لا تُخلط

الفعل	معناه	الحكم الأولي
رفض الشخص	الامتناع بسبب صفته أو مرضه أو وضعه	محظور إذا كان تمييزيًا أو أدى إلى ترك خطر عاجل
رفض الإجراء	عدم تنفيذ طلب غير مشروع أو غير مستطب أو خارج الاختصاص	قد يكون واجبًا، مع استمرار الرعاية والشرح والبدائل
الاعتذار عن البدء	عدم إنشاء علاقة علاجية جديدة في حالة غير خطرة	جائز بسبب مقبول إذا وُجد البديل ولم يقع ضرر
الإحالة أو النقل	تحويل المريض إلى من هو أقدر	فعل رعاية لا رفض، بشرط التقييم والتثبيت والقبول
إنهاء المتابعة	إنهاء علاقة قائمة تعذّر استمرارها	أضيق من الاعتذار عن البدء؛ يلزم إشعار ومدة انتقالية

والعلاقة العلاجية تغيّر مقدار الواجب. فبعد قبول المريض أو بدء التقييم أو تولّي المناوبة، ينشأ اعتماد مشروع؛ فيصبح الانسحاب المفاجئ أخطر من رفض بدء متابعة

غير عاجلة. ولا تُحسم العلاقة بالتوقيع وحده؛ فقد تنشأ بالفعل والسياق -كقبول اتصال استشاري واتخاذ قرار يعوّل عليه الفريق.

ستة أسئلة تكشف الحكم بسرعة

- هل الحالة **خطرة أو عاجلة**؟ إن كان الجواب نعم فقدّم الممكن أولًا.
- هل أنت داخل **علاقة علاجية قائمة**؟ كلما ثبتت زادت واجبات الاستمرار والانتقال المنظم.
- هل الرعاية المطلوبة **نافعة ومشروعة وضمن اختصاصك**؟ فرفض الإجراء غير المستطب ليس رفضًا للمريض.
- ما **ضرر التأخير**؟ فالبديل الذي يصل بعد فوات نافذة العلاج ليس بديلًا حقيقيًا.
- ما **سبب الاعتذار**؟ يُقبل السبب المهني أو الشخصي المعقول، لا التمييز ولا الانتقام ولا المصلحة التجارية.
- هل **ضُمنت الاستمرارية**؟ لا يكفي رقم هاتف؛ بل يلزم تواصل وقبول ونقل وملخص.

المواقف التي ستواجهها فعلًا

الحالة العاجلة. المعيار ليس اسم المرض بل **مقدار الخطر والزمن المتاح**؛ فأجرِ فرزًا سريريًا أوليًا قبل رفض التسجيل. والفرق حاسم بين: «لا أستطيع إجراء الجراحة هنا، وقد بدأتُ التثبيت واتصلتُ بالمركز وقُبل المريض»، وبين: «لا نعالج هذه الحالة».

خارج الاختصاص. عدم القدرة على العلاج النهائي **لا يسقط** التقييم الأولي والمساعدة والإحالة. والإحالة الآمنة عملية متكاملة: تحديد الاستعجال، وشرح السبب، وتثبيت الحالة، والتواصل مع الجهة المستقبلة، ونقل ملخص دقيق، **وإغلاق حلقة الإحالة** بالتأكد من القبول والوصول. أما طباعة ورقة وترك المريض يبحث وحده فقد تكون تخليًا.

الطلب غير النافع. المريض لا يملك إلزامك بتدخل مخالف للأصول أو غير نافع أو محظور. والعبارة الصحيحة: «لن أُجري هذا التدخل لأن الدليل لا يثبت فائدته في حالتك، وسأستمر في علاجك بهذه البدائل» -لا: «أرفضك».

العنف والتهديد. لستَ ملزمًا بقبول اعتداء أو خطر جدي غير منضبط؛ فيجوز إيقاف مقابلة غير عاجلة، واستدعاء الأمن، وتغيير المكان، ونقل الرعاية. وفي الخطر

الطبي يُوازَن بين ضرورة الإسعاف ووسائل تقليل الخطر: مسافة آمنة، وعدد كافٍ، وإزالة الأدوات الخطرة، وتقييم الهذيان أو نقص الأكسجة أو التسمم. وقد بيّنت مراجعة منهجية سعودية أن انتشار العنف ضد الأطباء والصيادلة والممرضين تراوح بين **26%** و**90.7%** بحسب الدراسات والبيئات.[3] وهذه الأرقام لا تجيز رفض فئة من المرضى، لكنها تجعل الأمن والتدريب والاستجابة المؤسسية واجبًا حقيقيًا.

العدوى. مجرد احتمالها ليس سببًا مقبولًا للرفض؛ فواجبك الاحتياطات القياسية والعزل والوقاية بعد التعرض.[4] فإن غابت وسائل أساسية وكان الخطر غير متناسب فالمطلوب ليس الهرب الصامت، بل التبليغ الفوري وطلب المعدات وتنظيم استمرار الرعاية.[5]

إنهاء علاقة قائمة. يجوز -بمقتضى المادة السادسة عشرة وشروطها -عند انهيار الثقة على نحو يمنع رعاية آمنة، أو تكرار التهديدات، أو طلب أفعال غير مشروعة مع رفض البدائل. لكن **المخالفة العلاجية وحدها لا تكفي عادة**؛ فقد تكون نتيجة اكتئاب أو كلفة أو فهم ضعيف. والنهاية الآمنة: إبلاغ محترم موثق، ومدة انتقالية معقولة، ووصف الأدوية التي يضرّ انقطاعها، وتزويده بالتقارير، وتسهيل الإحالة، وإغلاق الحلقة.

الاستنكاف الضميري

قد ترى أن تدخلًا مشروعًا نظامًا ومقبولًا طبيًا يصادم اعتقادًا دينيًا أو أخلاقيًا عميقًا عندك. ولا يصح مساواة هذا بالمزاج أو النفور، ولا جعله سلطة على المريض. والموقف الذي يختاره المؤلف يجيز الاعتذار **في غير الطوارئ** بشروط: أن يكون الاعتراض جادًا معلنًا قبل الموعد متى أمكن، وألّا يوقع ضررًا ولا تمييزًا، وأن يُبلَّغ المريض فورًا باحترام. وأن يُمكَّن **في وقت مناسب** من الوصول إلى ممارس مؤهل آخر.

وهذا موافق لمضمون **الفقرة (29) من الميثاق الدولي لأخلاقيات الطب (2022م)**. [6] ولا يُنشئ الميثاق في السياق السعودي حقًا فوق النظام، بل يعمل ضمن **المادة السادسة عشرة** وشروطها.[7]

انتبه: في الطوارئ، أو انعدام البديل، أو ضيق نافذة العلاج -يضيق مجال الاستنكاف؛ فعبء الضمير لا يُنقل إلى المريض على هيئة موتٍ أو عجزٍ يمكن منعه.

الأساس الشرعي

قرر الفقهاء أن تعلّم الطب وممارسته من **فروض الكفايات**. وقد يصير واجبًا عينيًا

في واقعة محددة، على ما يقرره أهل العلم في تعيّن فرض الكفاية: إذا لم يوجد غيرك قادرًا، أو كنتَ مكلفًا بالمناوبة أو مرتبطًا بعقد، أو شرعتَ في الرعاية واعتمد عليك المريض، أو ترتب على امتناعك هلاكٌ أو فقدُ عضو.[8، 9] وأصله قوله تعالى: ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾، وقاعدتا «الضرر يزال» و«ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب». **والتعيّن بقدر الاستطاعة**؛ فلا يُكلَّف غير المختص ما لا يُحسن، بل يُكلَّف بالإسعاف الممكن وطلب الأقدر.

وقرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار رقم 67 (5/7)** أن التداوي «يكون واجبًا على الشخص إذا كان تركه يفضي إلى تلف نفسه أو أحد أعضائه أو عجزه، أو كان المرض ينتقل ضرره إلى غيره، كالأمراض المعدية». ونصّ على أن على الأطباء وذوي المرضى «الدأب في رعايته وتخفيف آلامه النفسية والبدنية بصرف النظر عن توقع الشفاء أو عدمه».[10] فمقتضى القرار أنه لا يسوغ جعل اليأس من الشفاء مبررًا لرفض الإنسان.

وفي **القرار رقم 142 (8/15)** في ضمان الطبيب أنه يكون ضامنًا «إذا امتنع عن أداء الواجب الطبي في الحالات الإسعافية (حالات الضرورة)». وفيه أن «المؤسسة الصحية (عامة أو خاصة) مسؤولة عن الأضرار إذا قصّرت في التزاماتها، أو صدرت عنها تعليمات ترتب عليها ضرر بالمرضى دون مسوغ».[11]

ومن دقيق ما يُصحَّح به خطأ شائع: أن **فتوى اللجنة الدائمة رقم (12086)** نصّت على أنه «إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجدٍ وغير ملائم لوضع معين حسب رأي ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات؛ فلا حاجة لاستعمال آلات الإنعاش».[12] ونطاقها **الإنعاش غير المجدي وحده**. ويؤكده ما في فتوى الشيخ ابن باز رحمه الله: «يجب العلاج والعناية حسب الطاقة على المسؤولين»، مع جواز ترك الدواء غير النافع.[13] **ومحصّل الفتويين: أن رفض تدخل غير مجدٍ قد يكون مشروعًا، أما ترك الرعاية فليس كذلك.**

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
مزاولة المهن الصحية، المادة (8) والفقرة (8/1)	تقديم الرعاية العاجلة وفق الإمكانيات **دون طلب أتعاب مقدمًا**، ثم التواصل لنقل المريض إلى منشأة ملائمة [7]
الفقرة (9/1) من اللائحة	لا يجوز القيام بعمل طبي لا يحقق فائدة للمريض **ولو لم يترتب عليه ضرر**

الفقرة (15/2) من اللائحة	على من يعلم بعدم توفر الوسائل أو التخصصات بذل **العناية اللازمة** لتحويل المريض
المادة (16)	«للممارس الصحي -في غير الحالات الخطرة أو العاجلة -أن يعتذر عن علاج مريض لأسباب مهنية، أو شخصية مقبولة» [7]
الفقرة (16/1)	«لا يعد من الأسباب المقبولة الاعتذار المبني على اختلاف الدين أو اللون أو الجنس أو العرق» [7]
الفقرة (16/2)	التأكد قبل الاعتذار من **عدم حصول ضرر** وإبلاغ من يلزم لضمان استمرار الخطة العلاجية
نظام الإيدز، المادة (4)	«لا يجوز لأي جهة صحية الامتناع عن تقديم الرعاية الطبية اللازمة لأي مصاب بسبب إصابته» [14]
نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	عدم التمييز وتكافؤ الفرص وتوفر متطلبات الوصول والترتيبات التيسيرية [15]

فالمادة السادسة عشرة ليست رخصة مفتوحة؛ **شروطها تراكمية**: الحالة غير خطرة ولا عاجلة، والسبب مقبول، ولا تمييز، ولا ضرر، وإبلاغ يضمن استمرار الخطة.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
تعلّم الطب وممارسته فرض كفاية، ويتعيّن على من انحصرت فيه القدرة أو التزم بعقد أو مناوبة أو شرع في الرعاية	قول جمهور الفقهاء	﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا﴾، وقاعدتا «الضرر يزال» و«ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب» [8، 9]
وجوب التداوي إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو العضو أو نقل العدوى، ووجوب رعاية المريض بصرف النظر عن توقع الشفاء	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار رقم 67 (5/7) [10]
ضمان الطبيب إذا امتنع عن الواجب الطبي في الحالات الإسعافية، ومسؤولية المؤسسة عن تقصيرها وتعليماتها الضارة	قرار مجمعي	القرار رقم 142 (8/15) [11]
وجوب الإذن على القادر في الحالة المستعجلة وجواز تدخل الطبيب المنقذ	قرار مجمعي،	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار رقم 184 (10/19) بشأن الإذن في

للضرورة، وتنزيله بعدم الإكراه الجسدي مع التبصيروتوثيق الرفض	واجتهاد المؤلف في التنزيل	العمليات الطبية المستعجلة (بلا إحالة مرقمة في هذا الفصل؛ وتفصيله في الفصل الخامس)
عدم لزوم الإنعاش القلبي الرئوي غير المجدي بتقديرثلاثة أطباء ثقات، مع وجوب العلاج والعناية حسب الطاقة	فتوى	اللجنة الدائمة، الفتوى رقم (12086) [12]؛ وفتوى الشيخ ابن باز [13]
جوازالاستنكاف الضميري في غير الطوارئ بشروط الإعلان المبكروعدم الضرروالتمييزوتمكين المريض من بديل	اجتهاد المؤلف	اختيار المؤلف، موافقًا للفقرة (29) من الميثاق الدولي لأخلاقيات الطب [6]
لا يُرفض الإنسان، و إنما قد يُرفض إجراء أو ظرف بضو ابط، ولا يُترك المريض في فجوة خطرة	اجتهاد المؤلف	تنزيل لقاعدة «الضرر يزال» ولموجبات الضمان في القرار 142 [11]

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **تعليق حالة إسعافية** على ضمان مالي أو بطاقة تأمين.
- **الاكتفاء بورقة إحالة أو رقم هاتف** بدل تواصل وقبول ونقل وملخص.
- **تحويل حماية الفريق من العنف** إلى منع دائم يُسقط حاجة صحية مستقبلية.
- **قطع دواء ضروري** وسيلةَ ضغط، أو إنهاء العلاقة عقوبةً على شكوى.
- **تسجيل «مريض صعب» أو «رفضت الحالة»** بلا تحليل يبين الفعل وسببه وبديله.

وكلها أخطاء **في الطريق لا في المبدأ**: فالخلل ليس في أن الطبيب اعتذر، بل في أنه ترك فجوة.

خلاصة عملية

قدّر الخطر، وحدّد قدرتك، واختبر سببك، وتحقق من البديل، واضمن الاستمرارية. ووثّق: وقت التقييم ونتيجة الفرز، وما قدّمتَ من إسعاف، والتدخل المطلوب ولماذا لا يمكن تقديمه، وسبب الاعتذار بصياغة مهنية غير وصمية، والبدائل التي نوقشت، واسم من تواصلتَ معه ووقت القبول. **ولا يحمي التوثيق سياسةً غير مشروعة؛ فعبارة «بأمر الإدارة» دليل على مصدرالقرارلا على صحته.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: ألم صدري ومنشأة تطلب تأمينًا ماليًا

| **السيناريو**. حضر رجل في الثامنة والخمسين إلى طوارئ مستشفى خاص بألم صدري ضاغط وتعرق بدأ قبل أربعين دقيقة. بطاقة تأمينه غير فعالة، وطلب موظف الاستقبال دفع مبلغ قبل فتح الملف. وقال الطبيب المناوب إن المستشفى لا يملك قسطرة قلبية، واقترح أن يذهب المريض بسيارته إلى مستشفى آخر.

السؤال الحاسم. هل يجوز تعليق استقبال حالة إسعافية على الضمان المالي، أو الاكتفاء بتوجيه المريض إلى منشأة أخرى بلا تثبيت ولا نقل منظم؟

| **الركن الطبي**. هذه حالة عالية الاشتباه بمتلازمة شريان تاجي حادة، والوقت فيها عضلة قلبية وحياة. يلزم فرز فوري، وتخطيط قلب، ومراقبة، وعلاج إسعافي بحسب البروتوكول، وتقييم استقرار النقل. وغياب القسطرة سبب لتنظيم نقل عاجل، لا لترك المريض يقود سيارته.

| **الركن الأخلاقي**. اشتراط المال ينقل عبء النزاع المالي إلى مريض في نافذة حرجة، ويخالف العدالة وعدم التخلي؛ فيمكن استكمال الضمان بالتوازي، لكنه لا يحجب التثبيت.

| **الركن الفقهي**. يتعين الإنقاذ مع حضور الخطر والقدرة، ويدخل الامتناع هنا في «الحالات الإسعافية (حالات الضرورة)» التي نص قرار المجمع 142 (8/15) على الضمان فيها [11]. وعدم توفر العلاج النهائي لا يسقط فعل الممكن.

| **الركن النظامي**. المادة الثامنة والفقرة (8/1) توجبان الرعاية العاجلة وفق الإمكان دون طلب الأجر مقدمًا، ثم التواصل للنقل إلى أقرب منشأة ملائمة [7]؛ وتؤكد وثيقة حقوق المرضى عدم تأخير الرعاية الإسعافية بسبب الكلفة [16].

القرار المهني الموزون. يفتح الملف ويبدأ الإسعاف فورًا، ويتصل مركز التحويل بالجهة القلبية، وتنقل الحالة بإسعاف مجهز مع ملخص وتخطيط وعلاج معطى، وتستكمل المسائل المالية لاحقًا. ورفض الاستقبال أو النقل بالسيارة الخاصة في حالة غير مستقرة غير مقبول طبيًا ولا نظامًا. ما يوثق: وقت الوصول والفرز والتخطيط والعلاج، ووقت طلب النقل والقبول، وسبب اختيار وسيلته، وأي تعطيل إداري يرفع في بلاغ سلامة مستقل. ولو تغيرت واقعة حاسمة -كأن كانت الحالة شكوى مزمنة مستقرة لا تحمل صفة الاستعجال -لجاز تنظيم الموعد والضمان المالي قبل الخدمة الاختيارية، من غير حجب تقييم الفرز الأولي.

الحالة الثانية: مريض يهدد الفريق بسكين

| **السيناريو**. حضر رجل يطالب بوصفة دواء خاضع للرقابة، فلما رفض الطبيب أخرج سكينًا وهدد الممرضة. بدا مضطربًا، لكن علاماته الحيوية مستقرة ولا توجد إصابة ظاهرة. وطلبت الإدارة «طرده ومنعه نهائيًا».

السؤال الحاسم. كيف يوازن الفريق بين سلامته المشروعة وواجب الرعاية، من غير أن يتحول

المنع إلى عقوبة تسقط حاجة صحية مستقبلية؟

| **الركن الطبي**. الأولوية تأمين المكان واستدعاء الأمن؛ مع احتمال تسمم أو ذهان أو هذيان يوجب تقييمًا طبيًا ونفسيًا بعد السيطرة الآمنة. ولا توصف المادة من غير استطباب، ولا تستمر مقابلة تعرض الفريق لخطر مباشر.

| **الركن الأخلاقي**. سلامة العاملين حق، والعنف ليس جزءًا من الوظيفة [3، 17]. لكن المنع الدائم قد يتحول عقوبة؛ فيمكن وضع خطة سلوك ومرافقة أمنية ونقل المتابعة إلى فريق مناسب.

| **الركن الفقهي**. «لا ضرر ولا ضرار» يشمل الطبيب والمريض؛ فلا يجب التعرض لخطر محقق إذا أمكن دفعه بوسيلة أخرى، ويبقى واجب إسعاف أي طارئ بعد تأمين المساعدة.

| **الركن النظامي**. تجيز المادة السادسة عشرة الاعتذار في غير الخطر لسبب شخصي مقبول، بشرط عدم الضرر واستمرار الخطة [7]. وتؤكد أدلة العنف السعودية حاجة المنشأة إلى سياسة وتدريب واستجابة مؤسسية، لا ترك القرار للطبيب وحده [3، 17].

القرار المهني الموزون. توقف المقابلة ويؤمن المكان، ويقيّم المريض بعد السيطرة، ويرفض الدواء غير المستطب، ويحال إلى خدمة الإدمان أو الطب النفسي بحسب النتيجة. وإذا تقرر إنهاء العلاقة الروتينية وضع بديل واضح، مع بقاء باب الطوارئ مفتوحًا وفق مسار آمن. ما يوثق: الوقائع الموضوعية لا الأوصاف الانطباعية، والكلمات أو الأفعال المهددة، ومن حضر، وتدخل الأمن، والتقييم الطبي، وخطة الاستمرارية، وتقرير حادث منفصل.

الحالة الثالثة: استنكاف ضميري عن وسيلة مشروعة لتنظيم النسل

| **السيناريو**. طبيبة في مركز ريفي هي الواصفة الوحيدة في ذلك اليوم. طلبت مريضة مؤهلة وسيلة تنظيم نسل مشروعة طبيًا ونظاميًا بسبب مرض قلبي يجعل الحمل عالي الخطورة. اعترضت الطبيبة ضميريًا، وطلبت من المريضة مراجعة مدينة تبعد عنها، وأقرب موعد فيها بعد ثلاثة أشهر.

السؤال الحاسم. ما حدود الاستنكاف الضميري حين ينفرد المعترض بالخدمة ويصبح اعتراضه حاجزًا فعليًا أمام رعاية مشروعة حساسة للوقت؟

| **الركن الطبي**. تأخير الوسيلة قد يزيد احتمال حمل عالي الخطورة على القلب. فيجب تقدير حساسية الزمن، والبدائل المؤقتة، وإمكان الاستشارة أو الوصفة من طبيب آخر حضوريًا أو عن بعد.

| **الركن الأخلاقي**. الاعتراض الجاد يحترم في غير الطوارئ، لكن لا يجوز أن يعرض صحة المريضة للخطر أو يجعل انفراد الطبيبة حاجزًا فعليًا. فعبء تنظيم التغطية على المنشأة والطبيبة معًا، لا على المريضة وحدها -وهو مقتضى الفقرة (29) من ميثاق الجمعية الطبية العالمية [6].

| **الركن الفقهي**. لا يجبر الطبيب على فعل يعتقد حرمته اعتقادًا معتبرًا إذا أمكن البديل بلا ضرر؛ لكن لا يجوز إلحاق ضرر محقق بالمريضة أو منعها من الوصول إلى خدمة مشروعة. وتراعى قاعدة الضرر والاستطاعة وتوزيع المسؤوليات مسبقًا؛ وتفصيل أحكام وسائل تنظيم النسل في فصلها.

| **الركن النظامي**. المادة السادسة عشرة تشترط سببًا مقبولًا وحالة غير خطرة وعدم الضرر

واستمرار الخطة [7]؛ فإذا كان التأخير مؤذيًا ولا بديل في الوقت، ضاق مجال الاعتذار.

القرار المهني الموزون. تفصح الطبيبة باحترام من غير موعظة أو وصم، وتتواصل في اليوم نفسه مع طبيب مؤهل عبر تغطية أو طب اتصالي أو موعد عاجل، وتقدم ما هو مقبول لديها من معلومات ورعاية مؤقتة. وعلى الإدارة منع تكرار الفجوة بجدولة معلنة تراعي الاعتراضات المتوقعة. وإذا صارت الحالة عاجلة ولا بديل، وكانت الوسيلة داخلة في كفاءتها وتكليفها، قدمت مصلحة المريضة ومنع الضرر. ما يوثق: طبيعة الاعتراض من غير تفاصيل اعتقادية لا تلزم المريضة، وتقييم الخطر، والبديل الفعلي وزمنه، والمعلومات والتدبير المؤقت المقدم.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

ثلاثة مواقف تتكرر في العيادة والطوارئ، وجوابها الحاسم بضابطه:

طلب الأهل إجراءً يجاوز اختصاص الطبيب. طفل بإصابة رأس في مستشفى طرفي بلا جراح أعصاب، وتطالب الأسرة الجراح العام بفتح الجمجمة فورًا. لا يقدم غير المختص إجراءً كبيرًا غير مأمون؛ بل يؤمّن المجرى التنفسي والتنفس والدورة، ويعالج الاختلاج وارتفاع الضغط داخل القحف، ويستشير عن بعد، ثم ينقل نقلًا طبيًا مجهزًا مغلق الحلقة. وضابطه: المادة التاسعة تمنع تجاوز الاختصاص في غير الضرورة، والفقرة (15/2) توجب بذل العناية للتحويل [7]؛ فالنقل هنا فعل رعاية لا تخلٍّ.

إجراء مولّد للرذاذ بلا جهاز تنفس مناسب. في بداية فاشية تنفسية طُلب من طبيب غير مدرب دخول غرفة إجراء مولّد للرذاذ بكمامة جراحية فقط، والمريض يعاني نقص الأكسجة. والجواب ليس بطولة فردية ولا هروبًا صامتًا: يقدَّم الأكسجين والمراقبة بأقل تعرض، ويُرفع الإنذار فورًا، ويُستدعى فريق مدرَّب مجهز، وتسجَّل الواقعة عجزًا نظاميًا. وضابطه: المادة الثامنة توجب «المساعدة الممكنة» لا ما يجاوز الإمكان [7]، ومسؤولية المنشأة عن تهيئة الرعاية الآمنة مقررة في قراري المجمع 142 و223 [11، 19].

مريض سبق أن رفع شكوى ضد الفريق. الشكوى لا تنقص استحقاق الرعاية ولا تسوّغ تأخيرًا ولا رفضًا؛ فيفصل النظر فيها عن القرار السريري، وتؤكد وثائق حقوق المرضى حق الشكوى من غير أن يؤثر ذلك في جودة الرعاية [20]. وضابطه: السببُ الذي لا يصلح قاعدة عامة تطبق على كل مريض مماثل سببٌ غير مقبول؛ والانتقام بتأخير الخدمة أو رفضها مخالفة مهنية لا اعتذار مشروع.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. مريض يطلب مضادًا حيويًا بلا استطباب ويصرّ على وصفه. ما الصحيح؟

أ) يُوصف تجنبًا للخلاف ما دام الضرر المتوقع محدودًا

ب) تُنهى العلاقة العلاجية لأن المريض لا يحترم الرأي المهني

ج) يُحال إلى طبيب آخر يُتوقع أن يصفه له

د) يُرفض الطلب مع شرح الدليل وعرض بديل نافع واستمرار الرعاية والتوثيق

2. أثناء المناوبة رفض فريق الجراحة إجراء عملية لمريض مصاب بفيروس نقص المناعة البشري خشية العدوى. ما التكييف الصحيح؟

أ) الرفض مقبول لأن حماية العاملين مقدَّمة

ب) الرفض مقبول إذا وُقّع محضر بذلك من رئيس القسم

ج) الرفض مقبول ما دام المريض يستطيع الذهاب إلى مركز آخر

د) الرفض محظور بنص المادة الرابعة من نظام الإيدز، والواجب تطبيق الاحتياطات القياسية

3. مريض بالغ قادر، بعد شرحٍ كافٍ، رفض التنويم وأصرّ على الخروج، فكتب المقيم في الملف: «رفض المريض العلاج» وأغلق الحالة. ما الصحيح؟

أ) يُوثَّق رفضه المستنير للتنويم بعينه، ويُقدَّم له ما يقبله من علاج ومتابعة وتعليمات عودة؛ فرفض المريض حقٌّ لا يُسقط رعايته، وتفصيله في فصل الإذن الطبي

ب) يُنوَّم قسرًا لأن الطبيب أعلم بمصلحته

ج) تُنهى العلاقة العلاجية لأن المريض غير متعاون

د) يُعدّ ذلك اعتذارًا من الممارس بمقتضى المادة السادسة عشرة

4. مريض مزمن كثير الغياب وغير ملتزم بالخطة، وتصدّعت العلاقة معه. ما الصحيح؟

أ) تُبحث أسباب عدم الالتزام أولًا؛ فإن تعذّر الاستمرار فبإشعار ومدة انتقالية وأدوية وتقارير وإحالة

ب) يُقطع صرف الدواء لدفعه إلى الالتزام

ج) تُنهى المتابعة فورًا لأن عدم الالتزام يسقط استحقاق الرعاية

د) تُسجَّل عبارة «مريض صعب» في الملف ويُحال إلى عيادة أخرى

5. استشهد زميلك بفتوى اللجنة الدائمة رقم (12086) ليبرر إخراج مريض ميؤوس من شفائه من العناية ووقف التمريض والمسكنات عنه. ما الصحيح؟

أ) استشهاده صحيح؛ فالفتوى تُجيز رفض المريض الميؤوس من شفائه

ب) استشهاده صحيح إذا وافق ثلاثة أطباء على أن العلاج غير مجدٍ

ج) استشهاده في غير موضعه؛ فنطاق الفتوى الإنعاش القلبي الرئوي غير المجدي وحده، أما الرعاية والتلطيف فواجبان حسب الطاقة

د) استشهاده خاطئ؛ لأن الفتوى تُلزم بالاستمرار في الإنعاش مهما كانت الحال

مفتاح الإجابات

1) د • 2) د • 3) أ • 4) أ • 5) ج

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] الظالمي، علي بن محمد. (2019). امتناع المؤسسات الصحية عن علاج المريض: دراسة فقهية مقارنة بالنظام الصحي السعودي. مجلة الجمعية العلمية السعودية للدراسات الطبية الفقهية، (3)، 395–462.

[2] عبد ربه، مصطفى أحمد بخيت. (2022). جريمة امتناع الطبيب عن علاج المريض: دراسة فقهية مقارنة بالقانون الوضعي. مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، (81)، 342–507. DOI

[3] Alhomoud, S., et al. (2025). "That's enough" -Workplace violence against physicians, pharmacists, and nurses in Saudi Arabia: A systematic review of prevalence, causes, and consequences. Risk Management and Healthcare Policy, 18, 373–408. DOI

[4] World Health Organization. (2016). Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. World Health Organization.

[5] Lee, H. J., Kim, E., Morse, B. L., & Lee, S. E. (2021). Barriers and facilitators of nurses' and physicians' willingness to work during a respiratory disease outbreak: A mixed-methods systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(13), 6841. DOI

[6] World Medical Association. (2022). WMA International Code of Medical Ethics (revised by the 73rd WMA General Assembly, Berlin, Germany, October 2022). المصدر الرسمي

[7] المملكة العربية السعودية. (1426هـ). نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ بعد قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 1426/11/3هـ، ولائحته التنفيذية الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 1439/1/2هـ. المصدر الرسمي

[8] الموسى، عبد الله بن إبراهيم. (2010). امتناع الطبيب عن العلاج بين الشريعة والقانون. مجلة الشريعة والقانون، (44)، 271–339.

[9] جستانية، هالة بنت محمود. (2011). الامتناع عن إسعاف المريض فقهًا ونظامًا. مجلة العدل، 13(52)، 103–156. وزارة العدل، المملكة العربية السعودية.

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1992). القرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي. قرارات وتوصيات الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذي القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م. منظمة التعاون الإسلامي. المصدر الرسمي

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (2004). القرار رقم 142 (8/15) بشأن ضمان الطبيب. قرارات

وتوصيات الدورة الخامسة عشرة، مسقط، 14–19 المحرم 1425هـ / 6–11 مارس 2004م. منظمة التعاون الإسلامي. المصدر الرسمي

[12] اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. (1409هـ). الفتوى رقم (12086) وتاريخ 1409/6/30هـ في حالات عدم إجراء الإنعاش. فتاوى اللجنة الدائمة، ج25، ص78–80. الرئاسة العامة للبحوث العلمية والإفتاء.

[13] ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. (د.ت.). ما حكم إيقاف العلاج عمن لا يرجى شفاؤه؟ (الفتوى ذات المعرف 21095؛ لا تعرض الصفحة تاريخ الإلقاء). الموقع الرسمي للشيخ ابن باز. المصدر الرسمي

[14] المملكة العربية السعودية. (1439هـ). نظام الوقاية من متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) وحقوق المصابين وواجباتهم، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/41) وتاريخ 1439/4/16هـ، بناء على قرار مجلس الوزراء رقم (190) وتاريخ 1439/4/15هـ. المصدر الرسمي

[15] المملكة العربية السعودية. (1445هـ). نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/27) وتاريخ 1445/2/11هـ، بناء على قرار مجلس الوزراء رقم (110) وتاريخ 1445/2/6هـ. المصدر الرسمي

[16] وزارة الصحة. (د.ت.). وثيقة حقوق المرضى ومسؤولياتهم. وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.

[17] Al-Sagheir, A. I., Al-Shalan, K., Al-Awfi, F., et al. (2022). Workplace violence among home healthcare workers in KSA: Prevalence, predictors, action, and response 2021. Journal of Taibah University Medical Sciences, 17(4), 678–684. DOI

[18] Alharbi, H. H. O., Al-Dubai, S. A. R., Almutairi, R. M. H., & Alharbi, M. H. (2022). Stigmatization and discrimination against people living with HIV/AIDS: Knowledge, attitudes, and practices of healthcare workers in the primary healthcare centers in Madinah, Saudi Arabia, 2022. Journal of Family and Community Medicine, 29(3), 230–237. DOI

[19] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (2018). النص المنشور بعنوان «مشروع قرار رقم 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية». الدورة الثالثة والعشرون، المدينة المنورة، 19–23 صفر 1440هـ / 28 أكتوبر – 1 نوفمبر 2018م، نشر بتاريخ 11 نوفمبر 2018م. المصدر الرسمي

[20] وزارة الصحة. (2026). منصة التوعية بحقوق المرضى (آخر تحديث 2 يونيو 2026م). وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.

المسؤولية الطبية

Chapter 10 -Medical Liability

المعيار ليس النتيجة بل الطريق الذي سُلك إليها.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

سؤال هذا الفصل واحد: **متى تكون النتيجة السيئة خطأً يوجب المسؤولية، ومتى تكون مضاعفةً لا يُسأل عنها أحد؟** فالطب عملٌ على أجسادٍ متفاوتة بأدواتٍ ناقصة اليقين، والنتيجة السيئة ليست دليلًا على التقصير.

وأكثر الظلم هنا سببه الخلط بينهما: فيُلام طبيبٌ بذل ما عليه لأن المريض تضرر، أو يُعفى مقصّرٌ لأن النتيجة كانت جيدة بالصدفة. **والمعيار ليس النتيجة بل الطريق الذي سُلك إليها.**

وقد انتقلت دعاوى الأخطاء المهنية الصحية إلى **دوائر قضائية متخصصة**، واكتمل الانتقال في **1444/5/10هـ الموافق 4 ديسمبر 2022م**.[1] وأثره العملي مضاعفةُ قيمة الملف الطبي ورأي الخبرة؛ **فالقضية تُحسم بما يَثبت لا بما يُروى.**

المفاهيم الأساسية: ثلاثة لا تُخلط

الوصف	معناه	مثاله
المضاعفة المتوقعة	أثر معروف للإجراء يقع رغم سلامة الأداء، ويُذكر في التبصير	التهاب جرح بنسبة معروفة بعد جراحة أُجريت بأصولها
الحادث غير المرغوب	نتيجة ضارة لا يد للممارس فيها ولا للنظام	تفاعل تحسسي أول لدواء بلا سابقة معروفة
الخطأ الطبي	انحراف عن الأصول العلمية المتعارف عليها	إغفال علامة إنذارية واضحة، أو جرعة عشرة أضعاف

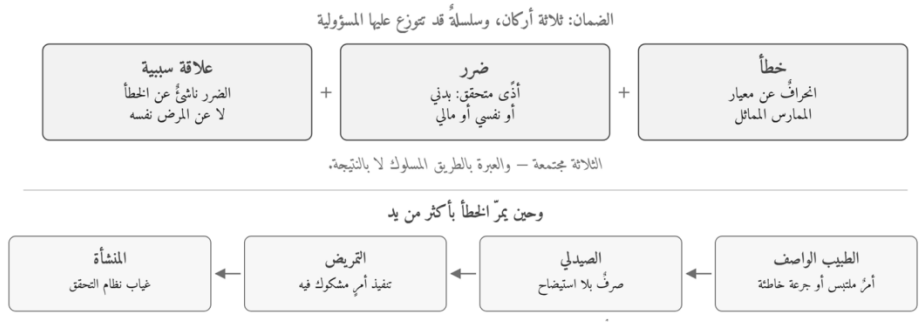
والضابط الحاكم: **النتيجة السيئة قرينةٌ تستدعي الفحص لا دليلٌ على الخطأ**؛ فقد تسوء النتيجة مع أداءٍ ممتاز، وقد تحسُن مع تقصيرٍ لم يظهر أثره.

معيار الممارس المماثل: أربعة قيود ومثال

لا يُقاس سلوكك بأفضل طبيبٍ في العالم، بل بما كان يفعله **ممارسٌ مماثل** بأربعة قيود: **التخصص نفسه** -فلا يُحاسَب طبيب الأسرة بمعيار جرّاح الأعصاب؛ و**الدرجة نفسها** -فيُقاس المقيم بمقيمٍ مثله. لكن الذي يُطلب من المقيم أن يعرف حدوده ويستدعي من فوقه، فترك الاستشارة خطأٌ بذاته لا عذر؛ و**الظروف نفسها** -فمناوبة ليلية مزدحمة في مركزٍ أولي لا تُقاس بعيادةٍ هادئة في مركزٍ تخصصي، وما يُطلب من مركزٍ تخصصي ليس كما يُطلب من مركزٍ أولي -**لكن واجب الإحالة قائمٌ على الجميع**؛ و**المعطيات التي كانت متاحة وقت القرار لا بعده** -وهذا أهم ما يُغفل؛ فالمراجعة بعد الحادثة تقع تحت **تحيّز الأثر الرجعي**: إذ تبدو العلامة واضحةً لمن يعرف النتيجة، ولم تكن كذلك لمن كان يراها بين عشرين علامة أخرى.[2] ولا يعني المعيار الاكتفاء بما يفعله الأكثرون؛ فقد يشيع خطأ، والمرجع الأصول العلمية والأدلة المعتبرة لا العادة وحدها.

مثال: مقيمٌ في الطوارئ ليلًا فحص مريضًا بألم بطني، وطلب التحاليل، وسجّل خطة مراجعة بعد ساعتين، وطلب استشارة الجراحة حين تغيّرت العلامات؛ ثم تبيّن أن الزائدة انفجرت. اسأل: ماذا كان يفعل مقيمٌ مماثل بهذه المعطيات في تلك الساعة؟ إن كان الجواب «مثل هذا» فلا خطأ ولو ساءت النتيجة؛ أما لو ترك علامةً إنذارية موثقة بلا مراجعة حتى الصباح فذلك خطأ ترك.

القاعدة الحاكمة: أركان ثلاثة وموانع خمسة



شكل 4: أركان الضمان الثلاثة، والسلسلة التي قد يتوزع عليها الخطأ الواحد.

لا تقوم المسؤولية المدنية إلا باجتماع ثلاثة، وسقوطُ أحدها يُسقطها:

- **الخطأ**: انحراف عن الأصول العلمية يُقاس بمعيار الممارس المماثل. **يتحقق** حين

يُوصف لمريضٍ مشتقٌّ بنسلين وحساسيته منه موثقة في ملفه ولم يُراجَع. **وينتفي** في التهاب جرحٍ بنسبة معروفة بعد جراحةٍ أُجريت بأصولها؛ فهذه مضاعفة لا خطأ.

• **الضرر**: أذًى محقق بدني أو نفسي أو مالي؛ فلا تعويض بلا ضرر ولو ثبت الخطأ. **يتحقق** في تسممٍ دوائي احتاج عناية مركزة. **وينتفي** في جرعةٍ مضاعفة اكتُشفت بعد إعطائها فرُوقب المريض ولم يظهر عليه شيء؛ فلا تعويض، وتبقى المساءلة التأديبية والإبلاغ.

• **السببية**: رابطة بين الخطأ والضرر؛ فقد يقع خطأ ويقع ضرر ولا يكون أحدهما سبب الآخر. **تتحقق** حين يُغفَل فحصٌ لازم فيتأخر تشخيصٌ كان العلاج المبكر يغيّر مآله. **وتنتفي** حين يُغفَل فحصٌ لازم ثم يموت المريض بسببٍ مستقل لا صلة له بما أُغفل؛ فوقع خطأ ووقع ضرر وليس أحدهما سبب الآخر. وهي أكثر الأركان إغفالًا؛ إذ تُفترض لمجرد اجتماع الخطأ والضرر في حالة واحدة، والسؤال الفاصل: **هل كان الضرر ليقع لو لم يقع الخطأ؟**

وموانع المسؤولية خمسة: انتفاء الخطأ (وهي المضاعفة)؛ وانتفاء السببية بأن يكون سبب الضرر المرض نفسه أو عاملٌ مستقل؛ والسبب الأجنبي؛ ومساهمة المتضرر -كإخفائه معلومةً مؤثرة أو مخالفته التعليمات؛ وحالة الضرورة الإسعافية بشروطها.

انتبه: لا يُعدّ من الموانع توقيعُ المريض على نموذج إعفاء؛ فقد نصّت المادة السابعة والعشرون: «ويقع باطلًا كل شرط يتضمن تحديد مسؤولية الممارس الصحي أو الإعفاء منها».[3] ولا وجودُ تأمين؛ فالتأمين **جبرٌ لا إباحة**.[4]

أين يقع الخطأ فعلًا؟ الترك والمسافة بين اللاعبين

تتوزع صور الخطأ على ستة مواضع: التشخيص، والعلاج، والإجراء، والدواء، والمتابعة، والتواصل. وانتبه إلى **خطأ الترك**؛ فهو أخفى وأكثر وقوعًا: ألّا يُطلب فحصٌ لازم، أو ألّا تُتابع نتيجة، أو ألّا تُطلب استشارة، أو ألّا يُبلَّغ المريض بما يستدعي عودته.[5]

وأكثر الأخطاء الجسيمة لا يصنعها فردٌ واحد؛ بل **تسقط الكرة في المسافة بين اللاعبين**: عند التسليم بين المناوبات، وعند انتقال المريض بين الوحدات، وعند وصول نتيجةٍ بعد خروجه.[2، 6] فالسؤال بعد الحادثة ثلاثي: من كان يملك المهمة؟ ومن كان يعلم؟ وما الذي كان يجب أن ينتقل ولم ينتقل؟ والعلاج مؤسسي: أن يُحدَّد **مالكٌ للمهمة بالاسم لا بالصفة**، وأن تُغلق الحلقة بتوثيق الإبلاغ.

الأساس الشرعي: مدار الضمان

أصل الباب حديث: «من تطبب ولم يُعلم منه طب فهو ضامن».[7] وفيه ثلاثة معانٍ تُبنى عليها المسؤولية كلها: أن الضمان عُلّق على **الجهل بالطب لا على النتيجة**؛ وأن الإقدام على ما لا يُحسنه المرء تعدٍّ في ذاته وإن حسنت النية؛ وأن المعيار **موضوعي** - «لم يُعلم منه طب» -لا يرجع إلى تقدير الفاعل لنفسه. وقد استقر عند الفقهاء أن الطبيب الحاذق المأذون له لا يضمن إذا لم يتعدَّ ولم يفرّط؛ فالضمان يدور مع **التعدي والتفريط والجهل**.[8]

وقواعد الباب: «لا ضرر ولا ضرار»؛ و«المباشر ضامن وإن لم يتعدَّ، والمتسبب لا يضمن إلا بالتعدي» -وهي أصلٌ في توزيع الضمان عند تعدد الأيدي؛ و«اليقين لا يزول بالشك» فلا يُضمَّن أحد بالاحتمال؛ و«الغُنم بالغُرم» فمن انتفع بالنشاط تحمّل تبعته - وهو أصلٌ في مسؤولية المنشأة.[9]

وقد قرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار رقم 142 (8/15)**: «يكون الطبيب ضامنًا إذا ترتب ضرر بالمريض في الحالات الآتية: أ– إذا تعمّد إحداث الضرر. ب– إذا كان جاهلًا بالطب، أو بالفرع الذي أقدم على العمل الطبي فيه. ج– إذا كان غير مأذون له من قِبل الجهة الرسمية المختصة. د– إذا أقدم على العمل دون إذن المريض أو من يقوم مقامه. هـ– إذا غرّر بالمريض. و– إذا ارتكب خطأً لا يقع فيه أمثاله ولا تُقرّه أصول المهنة، أو وقع منه إهمال أو تقصير. ز– إذا أفشى سر المريض بدون مقتضًى معتبر. ح– إذا امتنع عن أداء الواجب الطبي في الحالات الإسعافية».[10] وقرر في عمل الفريق أن **«يُسأل كل واحد منهم عن خطئه»**، وجعل رئيس الفريق مسؤولًا عن خطأ التوجيه والتقصير في الرقابة. وقرر مسؤولية المؤسسة الصحية إذا قصّرت في التزاماتها أو أصدرت تعليمات ضارة بلا مسوّغ.[10]

وأما **التوثيق** فأصله قوله تعالى: ﴿إِذَا تَدَايَنتُم بِدَيْنٍ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى فَاكْتُبُوهُ﴾؛ فإذا شُرعت الكتابة لحفظ المال فحفظُ النفس أولى.[11] والتصحيح المعلن المؤرَّخ جائزٌ بل واجب. وأما **الحذف الخفي أو الإضافة الرجعية** فالأقرب تخريجها على كتمان الشهادة وتغييرها: ﴿وَلَا تَكْتُمُوا الشَّهَادَةَ وَمَن يَكْتُمْهَا فَإِنَّهُ آثِمٌ قَلْبُهُ﴾. **والذي يختاره المؤلف أن التقرير الطبي شهادةٌ بالمعنى الشرعي**؛ فيلحق تقريرُ المجاملة بشهادة الزور وإن سُمّي مجاملة، والجزم بما لا يُعلم قفوٌ لما ليس له به علم: ﴿وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ﴾.[11]

متى يضمن الطبيب ومتى لا يضمن؟

هذه **بوابات الضمان الثماني** في القرار رقم 142 (8/15) وصورةُ كلٍّ منها في عملك:

البوابة	صورتها في العمل
تعمّد الضرر	جريمة لا خطأ مهني
الجهل بالطب أو بالفرع	طبيب عام يجري جراحةً لا يُحسنها
عدم الإذن من الجهة الرسمية	ممارسة بلا ترخيص أو خارج الامتياز
العمل بلا إذن المريض	إجراء غير إسعافي بلا موافقة، أو تجاوز ما أُذن به
التغرير	وعدٌ بنجاح مضمون، أو تسمية الخطأ مضاعفة
خطأ لا يقع فيه أمثاله أو إهمال	جرعة عشرة أضعاف، أو نقص متابعة
إفشاء السر بلا مقتضًى	الحديث عن حالة مريض أمام غير المعنيين
الامتناع في الإسعاف	تعليق حالةٍ عاجلة على ضمان مالي

ولا يضمن الطبيب الحاذق المأذون له إذا لم يتعدَّ ولم يفرّط؛ وهذا هو الأصل المستقر عند الفقهاء. فإذا كنتَ مؤهلًا مرخصًا، وعملتَ بإذن المريض ووفق الأصول، ثم ساءت النتيجة مضاعفةً أو حادثًا -فلا ضمان ولو عظُم الضرر. وكذلك إذا انتفت السببية، أو ساهم المريض بإخفاء معلومة مؤثرة أو مخالفة التعليمات. وجاء في النص المنشور بوصف «مشروع قرار» رقم 223 (7/23) أن الطبيب ضامنٌ «في حالات التقصير والتعدي المخالف لقواعد العلاج المتفق عليها بين خبراء مهنة الطب»؛ فالمرجع قواعدُ المهنة لا النتيجة.[12] وانتبه: **الإذن يُبيح الإجراء ولا يُسقط الضمان عن التعدي والتفريط**؛ فمن أذن لك بالجراحة لم يأذن لك بالإهمال فيها.

وإذا ثبت الضمان تُرتَّب آثاره بحسب المحل: **الدية** أو ما يقوم مقامها إن أفضى الخطأ إلى وفاة؛ و**الأرش** المقدَّر في فقد عضوٍ أو منفعة ورد تقديره؛ و**حكومة عدل** فيما لا تقدير فيه -وهي تقديرٌ بالاجتهاد القضائي بمعونة أهل الخبرة.[8] وهذا التقسيم هو المقرر عند الفقهاء في باب الجنايات؛ وفي من يتحمل دية خطأ الطبيب -هو أو عاقلته أو جهة العمل أو التأمين القائم مقامها -خلافٌ معروف بين الفقهاء قديمًا وحديثًا. ويُذكَّر بأن المساءلة التأديبية مستقلة عن هذا كله؛ فقد تقوم ولو لم يتضرر أحد.[3]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
مزاولة المهن الصحية، المادة (26)	«التزام الممارس الصحي... التزام ببذل عناية يقظة

	تتفق مع الأصول العلمية المتعارف عليها»
المادة (27)	تعداد صور الخطأ **على سبيل التمثيل لا الحصر**، ومنها نقص المتابعة والتقصير في الرقابة وعدم استشارة من تستدعي الحالة الاستعانة به
المادة (31) والمادة (32)	المساءلة التأديبية مستقلة عن الضرر، وعقوباتها: الإنذار، والغرامة حتى عشرة آلاف ريال، وإلغاء الترخيص مع الشطب
المادة (41)	إلزام الأطباء بالتأمين التعاوني ضد الأخطاء المهنية، وضمان المؤسسة سداد التعويض المحكوم به مع حقها في الرجوع
نظام المعاملات المدنية	القواعد العامة للفعل الضار: الخطأ والضرر والسببية والسبب الأجنبي ومساهمة المتضرر
نظام الإثبات	محررات ودليل رقمي وقرائن وخبرة تندبها المحكمة، ولا تكون تقاريرها بديلًا عن حكمها
لائحة التقارير الطبية المنصوص عليها في نظام الأحوال الشخصية (ونطاقها التقارير المطلوبة في مسائل الأحوال الشخصية لا كل تقرير طبي)	في نطاقها: أن يكون التقرير بالعربية بعد التحقق من الهوية، وأن يبين موضوع الطلب بعبارة واضحة، ومساواة الإلكتروني المعتمد بالورقي؛ ويُستأنس بضوابطها فيما عداها

تنبيه مهم: لا توجد قاعدة تقول إن عبء الإثبات «ينتقل تلقائيًا» إلى الطبيب عند كل نقص توثيق؛ فالنقص **قرينة** تقدّرها المحكمة في سياق الأدلة كلها.[13]

التوثيق: أول دليل في أي نزاع

أمام الدائرة القضائية المتخصصة لا يُسأل أحدٌ «ماذا تتذكر؟» بل «ماذا كُتب؟»؛ فنظام الإثبات يعتدّ بالمحررات والدليل الرقمي والقرائن والخبرة، وأول ما يُطلب هو الملف.[13] وقد وجدت دراسةٌ وطنية على 864 قضية أسنان أن التوثيق والموافقة المستنيرة كانا عاملين مهمين في تجنّب الإدانة.[14] فاعرف ثلاثة:

ماذا يوثَّق؟ أربعة لا تُغفل:

- ما وجدتَه وقت الفحص، مميّزًا ما شاهدتَه مما نُقل إليك مما استنتجتَه.
- **القرار وأساسه** لا الوصف وحده: «قرّرتُ كذا لأن كذا».
- التبصير **بأسماء المخاطر** وبدائلها، وما يستدعي عودة المريض.

• خطة المتابعة **ومن يملكها بالاسم**، ومن استلم النتيجة الحرجة ومتى.

متى؟ معاصرًا للحدث لا لاحقًا، ومؤرَّخًا بالساعة عند الأهمية؛ فالملاحظة التي تُكتب بعد يومين تفقد نصف قيمتها ولو كانت صادقة.

ما الذي يُبطل قيمة التوثيق؟ ست آفات: **الإضافة الرجعية الخفية** -تحوّل النقص إلى شبهة تزوير وسجل التدقيق يكشفها؛ و**نسخ ملاحظة الأمس** -سجلٌّ يبدو كاملًا وهو لا يصف الحال؛ و**توقيع نصٍّ آلي لم يُقرأ** -فأنت مسؤولٌ عمّا اعتمدتَه؛ و**العبارات العامة** -«شُرحت المخاطر» لا تُثبت خطرًا بعينه؛ و**الأوصاف الحكمية** -«مريض صعب» رأيٌ لا واقعة؛ و**الكتابة للدفاع** -تُضعف الثقة في النص كله.

وتذكّر أن نقص التوثيق يُضعف إثباتك وقد يكون مخالفةً مهنية مستقلة، لكنه لا يُثبت الخطأ الفني تلقائيًا؛ أما التعديل الخفي بعد الشكوى فأشدّ منه بكثير.

الوثائق الأربع وحدودها

• **الملف الطبي**: صفاته تقدمت؛ وفي التعديل اللاحق: **لا تُحذف المعلومة القديمة**؛ بل يُضاف تصحيح ظاهر بتاريخه واسم صاحبه وسببه، ويبقى سجل التدقيق الإلكتروني.

• **الشهادة والتقرير**: هوية وغرض وتاريخ فحص ونطاق واضح، وبيان مصادر الوقائع وحدود اليقين، والبقاء داخل حدود الاختصاص. ولا يجوز تقرير المجاملة ولا الإجازة الرجعية بلا أساس موثق.

• **الوصفة وأمر الدواء**: دواء وجرعة وطريق وتكرار ومدة وهوية الواصف. **والقاعدة الذهبية**: إذا بدت الجرعة غير مألوفة فالتصرف الآمن التوقف والتحقق لا التخمين؛ ومن خمّن فأصاب فقد نجا بالصدفة لا بالمهنية.[15]

والتعديل الخفي بعد الشكوى أشد من الخطأ نفسه؛ إذ يحوّل نقصًا قابلًا للتفسير إلى شبهة تزوير، ويهدم مصداقية السجل كله بما فيه ما هو صحيح.

المسؤولية المشتركة: من يحمل ماذا؟

الطرف	صورة التقصير	تكييفه الفقهي
الطبيب الواصف	جرعة خاطئة، أو أمر ملتبس، أو إغفال حساسية معروفة	متسبب؛ ويضمن بالتفريط
الصيدلي	صرف جرعة شاذة بلا استيضاح	متسبب؛ ويضمن بترك واجب المراجعة
التمريض	تنفيذ أمر ملتبس بلا استيضاح	مباشر؛ ويضمن بالمباشرة مع العلم بالشبهة

رئيس الفريق	خطأ في التوجيه أو تقصير في الرقابة	يُسأل عن خطئه هو في التوجيه والرقابة، لا عن خطأ غيره؛ فكل واحد من الفريق يُسأل عن خطئه بنصّ القرار 142 (8/15)
المنشأة	غياب نظام تحقق، أو نقص كادر، أو تعليمات ضارة	مسؤولية مؤسسية بنصّ القرارين 142 و223

ومبدآن متقابلان يمنعان الظلم في الاتجاهين: **لا يُعفي أمرُ الطبيب المنفِّذَ من خطأ ظاهر**؛ فمن نفّذ ما يعلم شبهته فقد شارك فيه. **ولا يُنقل كل خطأ إلى آخر حلقة في السلسلة**؛ فتحميل الممرض وحده جرعةً كتبها غيره ملتبسةً ظلمٌ بيّن.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
من تطبب ولم يُعلم منه طب فهو ضامن؛ فالضمان معلق على الجهل والتعدي لا على النتيجة	نص نبوي	حديث «من تطبب ولم يُعلم منه طب فهو ضامن» [7]
الطبيب الحاذق المأذون له لا يضمن إذا لم يتعدَّ ولم يفرّط	قول مستقر عند الفقهاء (لا يُعرف فيه خلاف)	ما حكاه الفقهاء في باب الضمان [8]
موجبات الضمان الثمانية، ومسؤولية كل عضو في الفريق عن خطئه، ومسؤولية رئيس الفريق عن خطئه في التوجيه والرقابة، ومسؤولية المؤسسة عن تقصيرها	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار رقم 142 (8/15) [10]
الضمان في حالات التقصير والتعدي المخالف لقواعد العلاج المتفق عليها بين خبراء المهنة	مشروع قرار مجمعي	القرار رقم 223 (7/23) [12]
«المباشر ضامن وإن لم يتعدَّ، والمتسبب لا يضمن إلا بالتعدي»، و«اليقين لا يزول بالشك»، و«الغُنم بالغُرم»	قواعد فقهية كلية	قواعد الضمان عند الفقهاء [9]
آثار الضمان: الدية والأرش وحكومة العدل	قول فقهي (مع خلاف في من يتحمل دية الخطأ)	باب الجنايات عند الفقهاء [8]
التقرير الطبي شهادة بالمعنى الشرعي، والتعديل الخفي للسجل من كتمان	اجتهاد المؤلف	تخريج على ﴿وَلَا تَكْتُمُوا الشَّهَادَةَ﴾ و﴿وَلَا تَقْفُ مَا

الشهادة وتغييرها		﴿لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ﴾ [11]

خلاصة عملية

حلّل الواقعة بترتيب: اجمع الوقائع بتسلسلها من السجل لا من الذاكرة؛ وحدّد ما كان معلومًا **وقت القرار**؛ وقِس بمعيار الممارس المماثل؛ وصنّف النتيجة -خطأ أم مضاعفة أم حادث؟؛ وافحص الأركان الثلاثة كلًّا على حدة؛ ووزّع الإسهام بقاعدة المباشرة والتسبب.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

اقتُصر هنا على ثلاث حالات تغطي أبرز صور التوثيق والمسؤولية المشتركة، ثم أُلحق بها مبحثٌ يجمع مواقف متكررة بأجوبةٍ مختصرة. وتُحلَّل كل حالة بتفكيك كل ركن إلى عناصره الثابتة، ثم يُصاغ قرار مهني معتمد، ويُبيَّن الركن المرجَّح والمخرج الشرعي، وتُختم بقرار موزون.

الحالة الأولى: جرعة «50» بدل «5»: وصفة ملتبسة ومسؤولية مشتركة

| السيناريو. يكتب طبيب أمر دواء لطفل بخط يد غير واضح، ويكتب الجرعة «5.0 مجم» فتُقرأ «50 مجم». يصرف الصيدلي الكمية دون استيضاح، وتُنفّذها ممرضة رغم استغرابها من حجم الجرعة. ويصاب الطفل بتسمم دوائي احتاج عناية مركزة.

| الركن الطبي

توصيف الحالة: خطأ دوائي بعشرة أضعاف في طفل؛ وهو من أشهر أنماط الخطأ وأكثرها قابليةً للمنع.

موضع الخلل الفني: كتابة الصفر بعد الفاصلة العشرية -وهي ممارسة محظورة في قوائم الاختصارات الخطرة [15].

المخاطر والمآلات: أدوية الأطفال محسوبة بالوزن؛ فخطأ الأضعاف فيها قد يكون قاتلًا.

ما كان يمنعه: وصفٌ إلكتروني بحدود جرعة، وتحقق مزدوج للأدوية عالية الخطورة، وثقافة استيضاح.

| الركن الأخلاقي

الأمانة: وضوح الوصفة جزءٌ من الأمانة لا من حسن الخط؛ فالغموض تفريطٌ لا أسلوب.

مسؤولية المنفّذ: استغراب الممرضة دون استيضاح هو موضع الخلل الأخلاقي عندها؛ فالشك يوجب التوقف.

الإفصاح: يجب إبلاغ الأسرة بالوقائع وما اتُّخذ وما سيُتابع، مع اعتذار إنساني -لا كتمان.

العدالة: لا يُحمَّل آخر من لمس الدواء وحده؛ ولا يُعفى من كتبه ملتبسًا بحجة أن غيره نفّذ.

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ النفس؛ والطفل معصوم لا يملك الدفع عن نفسه فتشتد الأمانة.

القواعد الفقهية: «لا ضرر ولا ضرار»؛ و«المباشر ضامن وإن لم يتعدَّ، والمتسبب لا يضمن إلا بالتعدي».

تحقيق المناط: تحديد إسهام كل طرف: من كتب ملتبسًا، ومن صرف بلا مراجعة، ومن نفّذ مع الشك.

التكييف الفقهي: الممرضة مباشرةٌ وقد نفّذت مع علمها بالشبهة فتضمن بقدر إسهامها؛ والطبيب والصيدلي متسببان وقد فرّطا فيضمنان. ومقتضى القرار 142 (8/15) أن «يُسأل كل واحد منهم عن خطئه»، وأن المؤسسة تُسأل إن قصّرت في نظامها [10].

| الركن النظامي

الأنظمة: تعدّ المادة السابعة والعشرون الخطأ في العلاج من صور الخطأ المهني [3]؛ وتُلزم اللائحة الصيدليَّ بطلب الإيضاح عند الاشتباه وتجيز له الامتناع عن الصرف [16].

التوزيع: يُوزَّع الضمان بقدر الإسهام؛ ولا يُعفى أحد بحجة أن غيره الحلقة الأخيرة.

المنشأة: غياب نظام تحقق للأدوية عالية الخطورة تقصيرٌ مؤسسي معتبر [12].

التوثيق: تُحفظ الوصفة الأصلية وسجل الصرف وسجل التنفيذ قبل أي تعديل.

- **القرار المهني الموزون.** علاج الطفل أولًا وتثبيت حالته، ثم إبلاغ الأسرة بالوقائع مع اعتذار.
- حفظ الوصفة الأصلية وسجلات الصرف والتنفيذ دون تعديل.
- تسجيل الحادثة في نظام سلامة المرضى وإجراء تحليل سبب جذري.
- توزيع المسؤولية بقدر الإسهام لا بحسب آخر يد.
- إجراءات وقائية فورية: منع كتابة الصفر بعد الفاصلة، وتحقق مزدوج للأدوية عالية الخطورة.
- تدريب على ثقافة الاستيضاح: أن الشك يوجب التوقف لا التخمين.

الركن المرجَّح: الطبي والنظامي معًا؛ لوضوح الخطأ الفني ولتعدد الأطراف.

المخرج الشرعي: يُسأل كل واحد عن خطئه، والمباشر والمتسبب يضمنان بقدر إسهامهما، والغموض المفضي إلى الضرر تفريط.

القرار المهني الموزون: يُوزَّع الضمان على الأربعة بقدر الإسهام ويُصلَح النظام؛ فلا يُحمَّل آخر يدٍ وحده، ولا يُعفى من كتب ملتبسًا.

الحالة الثانية: نتيجة حرجة ضاعت بين مناوبتين

| السيناريو. يطلب طبيب طوارئ تصويرًا لمريض ثم ينتهي دوامه. ويصدر التقرير بعد ساعتين ويُظهر كتلةً مشتبهًا بها تحتاج متابعة عاجلة. يُدرَج التقرير في السجل ولا يتصل به أحد. ويُخرَج المريض، ويعود بعد أحد عشر شهرًا وقد تقدّم المرض.

| الركن الطبي

توصيف الحالة: حلقةٌ لم تُغلق؛ والخلل في المسافة بين الأشخاص لا في مهارة أحدهم.

موضع الخلل: غياب مسارٍ يحدد مالك المهمة عند صدور نتيجة بعد انتهاء المناوبة أو بعد الخروج.

المخاطروالمآلات: تأخر أحد عشر شهرًا في تشخيص كتلة مشتبهة قد يغيّر المآل كليًا.

ما كان يمنعه: قائمة تتبع للنتائج الحرجة لا تُغلق إلا بتوثيق الإبلاغ، وتنبيهٌ آلي عند عدم الاطلاع.

| الركن الأخلاقي

إغلاق الحلقة: من طلب فحصًا فقد التزم بمتابعة نتيجته؛ والطلب بلا متابعة نصف واجب.

ضياع المسؤولية: كلٌّ ظنّ أن غيره سيتابع؛ وهذا الظن هو الخلل نفسه.

الإفصاح: يجب إبلاغ المريض بما جرى حين يُكتشف، لا انتظار سؤاله.

المساءلة العادلة: يُسأل: هل كان ممارس مماثل في هذا النظام سيقع في المثل؟ فإن كان فالخلل في التصميم.

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ النفس؛ والتأخير هنا ضررٌ محقق لا محتمل.

القواعد الفقهية: «الضرر يُزال»؛ و«ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب» -فمتابعة النتيجة شرطٌ في تمام واجب الفحص.

تحقيق المناط: تحديد من كان يملك المهمة نظامًا؛ فإن لم يكن ثمة مالكٌ محدد فالتقصير مؤسسي.

التكييف الفقهي: هذا من خطأ الترك؛ والتفريط يُضمن به كما يُضمن بالتعدي. ومقتضى مشروع القرار 223 (7/23) التمييزُ بين تقصير الطبيب وتقصير المؤسسة بسبب تخلف أنظمتها [12] -وهو منطبق هنا.

| الركن النظامي

الأنظمة: تعدّ المادة السابعة والعشرون «نقص المتابعة» صورةً منصوصة من صور الخطأ المهني[3].

المسؤولية المؤسسية: غياب مسار النتائج الحرجة تقصيرٌ مؤسسي يُسأل عنه المرفق [12].

التوثيق: يُوثَّق: وقت صدور التقرير، ومن اطّلع، ومحاولات الاتصال إن وُجدت.

الإثبات: سجل التدقيق الإلكتروني يبيّن من فتح التقرير ومتى؛ وهو دليل رقمي معتبر [13].

- **القرار المهني الموزون.** إبلاغ المريض فورًا عند الاكتشاف، وتسريع تقييمه وعلاجه.
- إفصاحٌ صريح عن الوقائع وما جرى وما سيُتخذ، مع اعتذار.

- تسجيل الحادثة وإجراء تحليل سبب جذري لمسار النتائج لا للأشخاص وحدهم.
- إنشاء قائمة تتبع للنتائج الحرجة لا تُغلق إلا بتوثيق الإبلاغ.
- تحديد مالك المهمة بالاسم في كل طلب فحص، ومن يستلمها بعد انتهاء المناوبة.
- مراجعة توزيع المسؤولية بين الطبيب الطالب وأخصائي الأشعة والمنشأة بقدر الإسهام.

الركن المرجَّح: النظامي والمؤسسي؛ لأن الخلل في التصميم لا في مهارة فرد.

المخرج الشرعي: التفريط يُضمن به كما يُضمن بالتعدي، وما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب، وتقصير المؤسسة معتبر.

القرار المهني الموزون: يُبلَّغ المريض ويُسرَّع علاجه ويُنشأ مسار للنتائج الحرجة؛ فالضياع بين ظنّين خللٌ في النظام يُصلَح لا حادثةٌ تُنسب لفرد.

الحالة الثالثة: تعديل الملف بعد الشكوى

| السيناريو. بعد ورود شكوى من أسرة مريض، يفتح طبيب السجل الإلكتروني ويضيف إلى ملاحظته السابقة عبارةً تفيد أنه فحص علامةً لم يذكرها أصلًا، دون بيان أن الإضافة لاحقة. ثم يتبيّن من سجل التدقيق أن التعديل جرى بعد الشكوى بيومين.

| الركن الطبي

توصيف الحالة: تعديلٌ رجعي خفي في سجلٍ صار محلَّ نزاع؛ وهذه مسألةٌ مستقلة عن أصل الشكوى.

الأثر الفني: السجل الإلكتروني يسجّل كل تعديل ووقته حتمًا؛ فالإخفاء مستحيل عمليًا.

المخاطر: يتحول موقفٌ قابل للدفاع إلى شبهةٍ في النزاهة تهدم مصداقية كل ما في السجل.

البديل الصحيح: إضافةُ ملاحظة مؤرَّخة تبيّن أنها لاحقة وسببها؛ وهي مشروعة ومقبولة.

| الركن الأخلاقي

الأمانة: السجل شهادةٌ على ما وقع؛ وتغييرها بعد النزاع تغييرٌ للشهادة لا تصحيحٌ لها.

الخوف بوصفه دافعًا: الدافع مفهوم إنسانيًا وغير مقبول مهنيًا؛ والخوف لا يُنشئ عذرًا.

الأثر على الفريق: من يفعل ذلك يُعرّض زملاءه ومنشأته لشبهةٍ لم يصنعوها.

الإصلاح: أفضل ما يُفعل بعد وقوعه: الإقرار به فورًا وبيان سببه قبل أن يُكتشف.

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ الحقوق والأمانة؛ والسجل محل ائتمان.

القواعد الفقهية: ﴿وَلَا تَكْتُمُواْ ٱلشَّهَٰدَةَ﴾[البقرة: 283]؛ و﴿وَٱجْتَنِبُواْ قَوْلَ ٱلزُّورِ﴾[الحج: 30]؛ و«الأمور بمقاصدها».

تحقيق المناط: التمييز بين تصحيحٍ معلن مؤرَّخ -وهو واجب؛ وإضافةٍ خفية بعد النزاع -وهي محرمة.

التكييف الفقهي: هذا من تغيير الشهادة وكتمان الحق؛ والغش في موضع الائتمان محرّم. ولا يُشفع له أن أصل العمل كان صحيحًا؛ فالمخالفة قائمةٌ بذاتها.

| الركن النظامي

الأنظمة: تجعل المادة الحادية والثلاثون الخروجَ على مقتضيات المهنة وآدابها محلًّا للمساءلة التأديبية مستقلًّا عن التعويض [3].

الإثبات: سجل التدقيق دليلٌ رقمي معتبر يبيّن وقت التعديل ومُجريه [13].

المسار الجنائي: قد ينتقل الأمر إلى مسارٍ جنائي إذا توافرت عناصر الجريمة التي تحددها الجهة المختصة؛ ولا يُقال إن كل تعديل تزوير، ولا يُتساهل معه.

المؤسسي: تُلزم السياسة بمنع التعديل بعد العلم بشكوى إلا بعلم الجهة المختصة وبتوثيق ظاهر.

- **القرار المهني الموزون.** الإقرار بالتعديل فورًا وبيان محتواه وسببه للجهة المختصة.
- الامتناع عن أي تعديل إضافي، وحفظ النسخة الأصلية وسجل التدقيق.
- فصل مسار التعديل عن مسار الشكوى الأصلية؛ فهما مخالفتان مستقلتان.
- مراجعة الشكوى الأصلية بموضوعية بعيدًا عن أثر التعديل.
- إصدار سياسة تمنع التعديل بعد العلم بشكوى إلا بإجراء معلن.
- تدريب الفريق على الفرق بين التصحيح المعلن والإضافة الخفية.

الركن المرجَّح: الفقهي والنظامي معًا؛ لصراحة حرمة تغيير الشهادة ولاستقلال المخالفة التأديبية.

المخرج الشرعي: كتمان الشهادة وتغييرها محرّم، والغش في موضع الائتمان محرّم، ولا يشفع صحة أصل العمل.

القرار المهني الموزون: يُقَرّ بالتعديل فورًا ويُفصل عن الشكوى الأصلية؛ فالتصحيح المعلن مشروع والإضافة الخفية أشد من النقص الذي أرادت إخفاءه.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

هذه مواقف تتكرر في الممارسة اليومية ولا تحتاج إلى تحليلٍ مطوّل؛ لأن جوابها ينبني على ما تقرر في هذا الفصل. ويُذكر لكل موقفٍ جوابُه الحاسم وضابطُه.

مضاعفة معروفة بعد أداءٍ سليم. يشتكي مريضٌ التهاب جرحٍ بعد عمليةٍ نُفّذت بأصولها وحزمةُ الوقاية فيها موثقة. الجواب: لا مسؤولية مع سلامة الأداء؛ فينتفي ركن الخطأ فيسقط الضمان ولو تحقق الضرر. والضابط: الحاذق المأذون لا يضمن ما لم يتعدَّ أو يفرّط، و«اليقين لا يزول بالشك» فلا يُضمَّن أحدٌ بالاحتمال. ويبقى الواجب: علاجُ المضاعفة، وشرحُها للمريض بلا دفاعية، ودراسةُ شكواه بموضوعية والرد عليها في زمن معقول.

«شرحتُ له شفهيًا» ولا توثيق. تقع مضاعفةٌ معروفة فينكر المريض أنه بُصِّر بها، وليس في الملف إلا عبارةٌ عامة «شُرحت المخاطر». الجواب: لا يُضاف إلى الملف شيءٌ بأثرٍ رجعي؛ بل تُكتب ملاحظةٌ مؤرَّخة تبيّن أنها لاحقة وسببها، ويُراجَع النموذج مستقبلًا ليذكر المخاطر بأسمائها ونسبها وبدائلها، ويُوقَّع في العيادة لا في يوم العملية. والضابط: نقص التوثيق يُضعف الإثبات ولا يُثبت الخطأ، والإضافة الخفية تُثبت ما هو أسوأ منه.

أمرُ دواءٍ ملتبس يصل إلى التمريض أو الصيدلية. الجواب: يُوقَف التنفيذ حتى يُوثَّق التوضيح من الواصف؛ فاللائحة التنفيذية تُلزم الصيدليَّ بطلب الإيضاح عند الاشتباه في خطأ وتجيز له الامتناع عن الصرف حتى يتبيّن [16]. والضابط: التنفيذ مع الشك مشاركةٌ في الخطأ لا امتثالٌ للأمر؛ ومن خمّن فأصاب فقد نجا بالصدفة لا بالمهنية.

طلبُ توقيعٍ على «إعفاءٍ من المسؤولية». يُعرض على المريض قبل الإجراء نموذجٌ يتضمن إعفاء الممارس أو المنشأة من المسؤولية. الجواب: الشرط باطلٌ بنصّ المادة السابعة والعشرين من نظام مزاولة المهن الصحية [3]، فلا يتحول النموذج صكَّ براءةٍ مسبقة. والضابط: الإذن يُبيح الإجراء ولا يُسقط الضمان عن التعدي والتفريط؛ والتأمين المهني جبرٌ لا إباحة.

الامتناع عن الأسف خشية أن يُفهم إقرارًا. يمتنع ممارسٌ بعد حادثةٍ عن إبداء أسفه خشية أن يُتخذ إقرارًا بالمسؤولية. الجواب: يُفرَّق بين التعبير عن الأسف -وهو واجبٌ إنساني في كل حال، والإقرار بالمسؤولية -وهو تكييفٌ لا يملكه الممارس منفردًا قبل التحقيق. والضابط: الصمت ليس حمايةً قانونية، بل هو من أكثر أسباب التصعيد؛ وقد بيّنت برامج التواصل والتسوية أن الإفصاح المبكر يقلله [18] [19].

نسخُ ملاحظةٍ سابقة أو توقيعُ نصٍّ آلي. تُنسخ ملاحظةُ اليوم السابق كما هي، أو يُوقَّع نصٌّ ولّده نظامٌ آلي دون قراءته. الجواب: كلاهما ممنوع؛ فالممارس مسؤولٌ عن مراجعة ما يعتمده ويوقّعه مهما كان مصدره. والضابط: النسخ المتكرر يُنتج سجلًّا يبدو كاملًا وهو لا يصف الحال، والتوثيق يُكتب لتأمين الرعاية في وقتها لا لملء الخانات.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. أُجريت جراحة بأصولها ثم أصيب المريض بالتهاب جرح بنسبة معروفة مذكورة في التبصير. ما التكييف الصحيح؟

أ) خطأ طبي، لأن الضرر وقع أثناء الرعاية

ب) مضاعفة متوقعة، ولا تقوم بها المسؤولية لانتفاء ركن الخطأ

ج) حادث غير مرغوب لا يد لأحد فيه ولا للنظام

د) خطأ مؤسسي لأن المنشأة لم تمنع العدوى

2. ثبت أن طبيبًا أغفل فحصًا لازمًا لمريض، ثم توفي المريض بعد يومين بنزيف دماغي مفاجئ

لا صلة له بما أُغفل. طالب الورثة بالتعويض قائلين: «الخطأ ثابت والضرر واقع». ما التكييف الصحيح؟

أ) تقوم المسؤولية المدنية لاجتماع الخطأ والضرر في الواقعة نفسها

ب) لا تقوم المسؤولية المدنية لانتفاء ركن السببية؛ فالضرر كان ليقع لو لم يقع الخطأ، وتبقى المساءلة التأديبية عن الإغفال

ج) تقوم المسؤولية بنصف التعويض لأن الخطأ ثابت وإن لم يكن سببًا

د) لا مسؤولية ولا مساءلة ما دام سبب الوفاة مستقلًا

3. طلب مريض من طبيبه شهادة إجازة مرضية عن أيام سابقة لم يُفحص فيها. ما الصحيح؟

أ) تُكتب الشهادة مجاملةً ما دام المريض معروفًا للطبيب

ب) تُرفض الإجازة الرجعية بلا أساس موثق؛ فالتقرير شهادة والجزم بما لا يُعلم قفوٌ لما ليس به علم

ج) تُكتب مع تدوين ملاحظة بأن الطبيب لم يفحصه في تلك الأيام

د) يُحال الطلب إلى طبيب آخر ليكتبها

4. طبيبٌ حاذق مرخّص أجرى لمريضٍ بالغ واعٍ إجراءً غير إسعافي دون أخذ موافقته، ووقع ضرر. ما التكييف بمقتضى القرار رقم 142 (8/15)؟

أ) لا ضمان لأن الطبيب حاذق مأذون له من الجهة الرسمية

ب) لا ضمان إذا كان الإجراء نافعًا للمريض في محصلته

ج) يضمن، لأن الإقدام على العمل دون إذن المريض من موجبات الضمان المنصوصة

د) يضمن فقط إذا ثبت أنه أخطأ في تنفيذ الإجراء نفسه

5. وقّع مريض قبل الجراحة نموذجًا يتضمن إعفاء الطبيب من المسؤولية عن أي ضرر. ما أثر هذا الشرط؟

أ) يقع باطلًا بنص المادة السابعة والعشرين من نظام مزاولة المهن الصحية

ب) صحيح ونافذ إذا كان المريض بالغًا عاقلًا فاهمًا لما وقّع عليه

ج) صحيح في الأخطاء اليسيرة دون الجسيمة

د) صحيح إذا صادقت عليه إدارة المنشأة

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) ب • 3) ب • 4) ج • 5) أ

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] المجلس الأعلى للقضاء ووزارتا العدل والصحة. نقل اختصاص الهيئات الصحية الشرعية إلى

الدوائر القضائية المتخصصة، واكتمال الانتقال في 1444/5/10هـ الموافق 4 ديسمبر 2022م.

[2]Reason J. Human Error: Models and Management. BMJ. 2000;320(7237):768–.770

[3] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 1426/11/3هـ.

[4] البنك المركزي السعودي. وثيقة التأمين النموذجية ضد الأخطاء المهنية الطبية.

[5]Leape LL. Error in Medicine. JAMA. 1994;272(23):1851–.1857

[6]Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; .2000

[7] أصحاب السنن. حديث «من تطبب ولم يُعلم منه طب فهو ضامن».

[8] البار، محمد علي، والقره داغي، علي محيي الدين. فقه القضايا الطبية المعاصرة. دمشق: دار القلم.

[9] السيوطي، جلال الدين، وابن نجيم، زين الدين. الأشباه والنظائر. بيروت: دار الكتب العلمية.

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

[11] القرآن الكريم.

[12] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية، الدورة الثالثة والعشرون، المدينة المنورة، 19–23 صفر 1440هـ / 28 أكتوبر – 1 نوفمبر 2018م (منشور في الموقع الرسمي للمجمع بوصف «مشروع قرار»).

[13] المملكة العربية السعودية. نظام الإثبات، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/43) وتاريخ 1443/5/26هـ.

[14]Dental Malpractice Lawsuit Cases in Saudi Arabia: A National Study. 864) 2023 قضية؛ إدانة 76%).

[15]Institute for Safe Medication Practices. List of High-Alert Medications and Error-Prone Abbreviations, Symbols and Dose Designations.

[16] اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، ولا سيما أحكام الوصفة الطبية وصرف الدواء.

[17] لائحة التقارير الطبية المنصوص عليها في نظام الأحوال الشخصية، المنشورة في جريدة أم القرى بتاريخ 1444/12/5هـ الموافق 23 يونيو 2023م.

[18]Bell SK, et al. Disclosure, Apology, and Offer: Communication and Resolution Programs after Medical Injury.

[19]Kachalia A, et al. Liability Claims and Costs before and after Implementation of a Medical Error Disclosure Program. Annals of Internal Medicine.

الخطأ الطبي من الوقوع إلى التعلم

Chapter 11 -Medical Error: From Occurrence to Learning

الفارق بين نظامٍ آمن وآخر ليس في وقوع الأخطاء
بل في كشفها مبكرًا والتعلم منها.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

هذا الفصل يسأل سؤالًا غير سؤال فصل المسؤولية. فذاك يسأل: **من يُسأل؟ وبم يُضمن؟** -وهو نظرٌ لاحق قضائي. وهذا يسأل: **لماذا وقع الخطأ؟ وكيف يُمنع ويُتعلَّم منه؟** -وهو نظرٌ سابق وقائي. ويترتب على الفرق أثرٌ منهجي: **أن خلط المسارين يُفسدهما معًا**؛ فإذا صار تحليل الحادثة تحقيقًا في المسؤولية، دافع الناس بدل أن يتعلموا، وأُخفيت المعلومة التي كانت ستمنع التكرار.

والقاعدة الحاكمة للباب كله: **الفارق بين نظامٍ آمن وآخر ليس في وقوع الأخطاء بل في كشفها مبكرًا والتعلم منها**. وقد قدّرت منظمة الصحة العالمية سنة 2023م أن نحو مريضٍ من كل عشرة يتضرر أثناء تلقي الرعاية، وأن أكثر من نصف الضرر قابل للمنع، وأن نصف القابل للمنع مرتبط بالأدوية. وهي تقديرات عالمية لا تُنقل إلى منشأة بعينها بلا قياس محلي.[1]

تحرير المصطلحات: لكلٍّ مسارٌ مختلف

المصطلح	معناه	مساره
الخطأ	فشل في إتمام إجراء مخطط كما أُريد، أو خطة خاطئة لبلوغ هدف	تحليل وتعلّم؛ ومساءلة عند التهاون
الحدث الضار	ضرر وقع على المريض بسبب الرعاية لا بسبب المرض	إفصاح وتحليل وجبر
المضاعفة المتوقعة	أثر معروف يقع رغم سلامة الأداء وذُكر في التبصير	شرح ومتابعة؛ ولا مسؤولية بذاته
الحادث القريب	خطأ اكتُشف قبل أن يصل إلى المريض	بلاغ وتعلّم -**وهو أثمن ما يُبلَّغ عنه**

الحدث الجسيم	ضرر بالغ أو وفاة غير متوقعة	تحليل سبب جذري وإبلاغ

والضابط: **ليس كل حدثٍ ضار خطأً، وليس كل خطأ حدثًا ضارًا.**[2] والإهمال وصفٌ تقرره المحكمة، وهو غير الخطأ الصريح الذي هو أكثر ما يقع فعلًا. **فالكمال ليس المعيار؛ وحتى الأطباء الحذرون يقعون في الخطأ.**

الخطأ والإهمال والمضاعفة: اختبار سريع



شكل 5: تكييف ما وقع: السؤالان، ودلالة كل جواب.

قد تخلط بين ثلاث كلمات تُستعمل كأنها واحدة، ولكلٍّ منها مسارٌ مختلف:

• **المضاعفة**: أثرٌ معروف للإجراء يقع رغم سلامة الأداء، وذُكر في التبصير. مسارها: شرحٌ ومتابعة، **ولا مسؤولية بذاتها.**

• **الخطأ**: انحرافٌ قابل للتجنب عن الخطة الصحيحة أو عن تنفيذها. وقد يقع من أحذر الأطباء؛ **فليس كل خطأ إهمالًا.** مساره: تحليلٌ وتعلّم، وإفصاحٌ إن وصل إلى المريض.

• **الإهمال**: وصفٌ **تقرره المحكمة** لا الفريق ولا القسم، حين يكون الخطأ مما لا يقع فيه ممارسٌ يقظ في مستواه المهني في الظروف نفسها. مساره: مساءلةٌ وضمان.

وقد فرّقت الأدبيات القانونية بين **الخطأ العمدي** -إرادة الفعل والنتيجة معًا- و**خطأ الإهمال** -إرادة الفعل دون النتيجة، ويتفاوت بين جسيم ويسير. وأما التفرقة القديمة بين الخطأ «الفني» الذي لا يُسأل عنه الطبيب إلا إذا كان جسيمًا، والخطأ «العادي»، فقد عدل عنها القضاء. فقضت محكمة النقض المصرية بأن الطبيب «يُسأل عن كل تقصيرٍ في مسلكه الطبي لا يقع من طبيبٍ يقظ في مستواه المهني وُجد في نفس الظروف الخارجية التي أحاطت بالطبيب المسؤول». **لكن التفرقة بين أنواع الخطأ تبقى نافعة في الوقاية**

وإن لم تُعتبر في الضمان: فخطأ المعرفة يُعالَج بالتعليم، وخطأ السكر بالمساءلة، والزلة بالتصميم.

اختبر نفسك: التهاب جرح بنسبة معروفة بعد عملية بأصولها ← مضاعفة. تأخر تشخيص عند طبيب حذر فعل كل شيء صحيحًا حتى تلك اللحظة ← خطأ لا إهمال. إجراء عملية في حال سكر أو ترك المريض بلا تخدير ← إهمال. وتذكّر: **تسمية الحدث لا تغيّر حق المريض في معرفة ما حدث لجسده**؛ وإنما تغيّر المسار.

تشريح الخطأ: خمسة أنواع لكلٍّ علاج

أهم ما يُغفل أن كلمة «خطأ» واحدة تحت مسمياتٍ مختلفة تمامًا، والعلاج يختلف باختلافها:

النوع	صورته	علاجه
الزلة	فعل صحيح خُطط له ونُفّذ خطأً -كالتقاط أمبولة بدل أخرى	تصميم يمنع الالتباس، لا تحذير
السهو	نسيان خطوة في تسلسل معروف	قوائم تحقق وتنبيهات آلية
خطأ القاعدة	تطبيق قاعدة صحيحة في موضعها الخطأ	تدريب على تمييز المواضع
خطأ المعرفة	جهل بما يُفترض العلم به	تعليم وإشراف وتقييد امتياز
المخالفة	انحراف متعمد عن إجراء معلوم	مساءلة متناسبة وإزالة ما يدفع إليها

والأربعة الأولى ليست اختيارًا؛ والخامسة اختيار.[3] فمعاملة الزلة معاملة المخالفة ظلمٌ يُنتج إخفاءً؛ ومعاملة المخالفة معاملة الزلة تسيّبٌ يُنتج تكرارًا. وميّز أيضًا بين **المخالفة الروتينية** -التي صارت عادةً في القسم كله لأن الإجراء الرسمي غير عملي، وتُعالَج بإصلاح الإجراء لا بمعاقبة من اتبع العرف السائد؛ و**المخالفة الاستثنائية** - انحرافُ فردٍ في ظرف خاص.

أنواع الخطأ بحسب الموضع: صور المادة (27) في ميزان التشريح

النظام عدّد صور الخطأ المهني على سبيل التمثيل بقوله «من قبيل»؛ وإذا قرأتها بعين التشريح السابق عرفتَ علاج كلٍّ منها:

الصورة في المادة (27)	نوعها

الخطأ في العلاج أو نقص المتابعة	زلة أو سهو أو خطأ معرفة
الجهل بأمور فنية يُفترض الإلمام بها	خطأ معرفة
عمليات تجريبية غير مسبوقة بالمخالفة للقواعد	مخالفة
تجارب أو بحوث غير معتمدة على المريض	مخالفة
إعطاء دواء على سبيل الاختبار	مخالفة
استخدام أجهزة دون علم كافٍ أو احتياطات	خطأ معرفة أو مخالفة
التقصير في الرقابة والإشراف	خطأ نظامي في طبقة الإشراف
عدم استشارة من تستدعي الحالة الاستعانة به	خطأ ترك

لاحظ أمرين: أن **نصف الصور تقريبًا من خطأ الترك** لا الفعل -وهي أخفى الأخطاء وأقلها رصدًا؛ وأن الصور الثالثة والرابعة والخامسة **مخالفاتٌ مقصودة لا زلات**، فتُعامَل معاملة المخالفة في الثقافة العادلة.[4]

طبقات الحماية: لماذا لا يكفي أن تكون كفؤًا؟

بين المريض والضرر طبقاتٌ متعاقبة -التدريب، والإجراءات، والتقنية، والإشراف، والتحقق -وفي كل طبقة ثغرات. والحادث يقع حين **تصطفّ الثغرات** فينفذ الخطأ من الجميع.[3] فالسؤال بعد الحادثة ليس «من أخطأ؟» فقط، بل: أي الطبقات فشلت؟ وما الذي كان سيوقفه؟

ورتّب التدخلات بقوتها لا بسهولتها: فالأقوى إزالةُ الخطر أصلًا -كسحب دواءٍ عالي الخطورة من المخزون؛ ثم الحواجزُ الآلية؛ ثم التبسيطُ والتوحيد؛ ثم قوائمُ التحقق؛ **وأضعفها التدريب والتذكير** -لأنها تعتمد على ذاكرة إنسانٍ مرهق.

انتبه: ثلاث آفات تُفسد تحليل السبب الجذري: أن يتوقف عند «قلة الانتباه» -فهذا وصفٌ لا سبب؛ وأن تُصاغ التوصية بـ«زيادة التوعية»؛ وأن يُدار التحليل بمن له مصلحة في نتيجةٍ بعينها.

نوعان يستحقان انتباهك الخاص

الخطأ التشخيصي أكثر أنواع الخطأ إضرارًا وأقلها رصدًا؛ لأنه لا يترك أثرًا ظاهرًا كجرعة خاطئة.[5] وصوره ثلاث: **فائت** لم يُوضع أصلًا، و**متأخر** وُضع بعد فوات نافذة العلاج، و**خاطئ** فعُولج المريض من مرضٍ لا يحمله. وأخفى أسبابه إدراكية: **الإرساء** على معلومة مبكرة تُقرأ في ضوئها كل المعطيات التالية؛ و**تأكيد المتوقع** بالبحث عمّا يؤيد

الفرضية لا عمّا ينقضها؛ و**الإسناد المسبق** بنسبة الأعراض إلى تشخيص سابق أو وصمٍ يحمله المريض -كأن تُنسب آلام مريضٍ نفسي إلى قلقه؛ و**الإغلاق المبكر** بالتوقف عند أول تفسير معقول. وعلاجها أدوات محددة لا تنبيه عام: **الوقفة التشخيصية** قبل الخروج -«وما أخطر ما يمكن أن يكون؟»؛ و**شبكة الأمان** ببيان ما يستدعي العودة.

وأخطاء الدواء تقع في خمس مراحل: الوصف، والنسخ أو الإدخال، والصرف، والإعطاء، والمراقبة بعده. وأكثرها وقوعًا في الوصف، و**أكثرها ضررًا في الإعطاء** لأنه آخر حاجز.[6] وتُقلَّل بسحب التراكيز عالية الخطورة من الوحدات، وحدود الجرعة في الوصف الإلكتروني، وتحقق مزدوج إلزامي للأدوية عالية الخطورة ولأدوية الأطفال المحسوبة بالوزن.

الضحية الثانية والثقافة العادلة

المريض هو الضحية الأولى بلا خلاف؛ لكن الممارس الذي وقع منه الخطأ يمرّ غالبًا بأثر عميق يُسمّى «**الضحية الثانية**»: صدمة، وشكٌّ في الكفاءة، واجترار للحادثة، وقد يمتد إلى ترك التخصص.[7]

ومعالجة ذلك مسألة سلامة مرضى لا رفاهية موظف؛ لثلاثة أسباب: أن الممارس المصدوم يخطئ أكثر في الأيام التالية؛ وأن تركه بلا سند يدفعه إلى إخفاء ما يقع بعده؛ وأن خسارة ممارسٍ كفء بعد خطأٍ واحد خسارةٌ للمرضى. ومقتضى الدعم: دعمٌ سري بلا وصم، وتخفيف عبء مؤقت لا إيقافٌ عقابي، ومرافقة زميل مدرَّب، وإبلاغه بمآل التحقيق، **وعدم الخلط بين الدعم والمساءلة**.

والثقافة العادلة تقوم على تفريق ثلاثي: خطأٌ بشري في نظامٍ رديء التصميم -ويُعالَج بالدعم وإعادة التصميم؛ ومجازفةٌ صارت عادة -وتُعالَج بالتدريب وإزالة ما يدفع إليها؛ وسلوكٌ متهور أو متعمد -ويستوجب مساءلة متناسبة.[8] ومعيارها سؤال واحد: «**هل كان ممارسٌ مماثل في الظرف نفسه سيقع في هذا؟**» فإن كان الجواب نعم فالمشكلة في التصميم لا في الشخص. واحذر انقلابها في اتجاهين: أن يتحول شعار «لا لوم» إلى حصانةٍ من الإهمال الجسيم، أو تتحول المساءلة إلى عقابٍ يمنع الإبلاغ فيتكرر الضرر صامتًا.

تذكّر: الطريقة التي تُعامَل بها أول حادثة تحدد ثقافة القسم كله؛ فمن رأى زميله يُهان بعد خطأ تعلّم أن يُخفي، ومن رآه يُدعَم تعلّم أن يُبلّغ.

ماذا تفعل فوروقوع خطأ منك أو من زميلك؟

إن كان الخطأ منك فالمسار سبعة أفعال بترتيبها:

• **أولًا -المريض قبل كل شيء**: أوقف الضرر، واطلب المساعدة فورًا، ورتّب المراقبة. العلاج يسبق كل شيء.

• **ثانيًا -لا تُصلح بصمت**: لا تُعدّل السجل، ولا تُعِد ضبط جهازٍ قبل توثيق حالته، واحفظ الوصفة والعينة.

• **ثالثًا -أبلغ مشرفك المباشر في الحال** -ولو لم يصل الضرر إلى المريض؛ فالحادث القريب أثمن ما يُبلَّغ عنه.

• **رابعًا -لا تُفصح للمريض وحدك**؛ فالطبيب المسؤول عن الرعاية يقود اللقاء لا أصغر الفريق. لكن إن سألك المريض فلا تكذب: «حدث أمرٌ نراجعه الآن، وسيشرحه لك الطبيب المسؤول قريبًا». وتفصيل الإفصاح عن الخطأ ومراحله في الفصل الثامن.

• **خامسًا -أبلغ عبر نظام الإبلاغ** بحسب سياسة المنشأة، لا عبر الحديث في الممرات.

• **سادسًا -وثّق** ما وقع، وما اتُّخذ، ومن أُبلغ ومتى -بصدقٍ ودون إضافةٍ رجعية.

• **سابعًا -اطلب الدعم**؛ فأنت «الضحية الثانية»، والممارس المصدوم يخطئ أكثر في الأيام التالية.

وإن كان الخطأ من زميلك فثلاث قواعد: تحدّث معه أولًا وشجّعه على الإبلاغ بنفسه؛ فإن كان الخطر على المريض قائمًا أو أبى، **فالإبلاغ واجبٌ لا خيانة** -لأن سلامة المريض مقدَّمة على الزمالة، ويؤيده ما في مشروع القرار رقم 223 (7/23) من تشجيع المطلعين على الأخطاء على التبليغ عنها؛ ولا تتهم ولا تكيّف قبل التحقيق، فقد تكون الزلة من نظامٍ رديء لا من شخص. وقد وجدت دراسةٌ سعودية على 107 أطباء أن 43% ذكروا أنهم قد يخفون خطأً وقع منهم لتجنب العقوبة، وأن 41.1% رأوا أن الإبلاغ عن خطأ الزميل ليس مسؤوليتهم. وهي دراسة أحادية المنشأة، لكنها تكشف الآلية: **الخوف يبدّل الصراحة بالدفاع**.[9]

الأساس الشرعي

أصل الباب حديث: «مَن تطبَّب ولم يُعرف منه طبٌّ فهو ضامن».[10] وقد استخرج ابن القيم من قوله «ولم يُعرف منه طبّ» **تحكيمَ عرف الأطباء أنفسهم** في الحكم بالحذق، وهو مندرج تحت قاعدة «العادة محكَّمة». وهو في محصّله -على ما يراه المؤلف -معيار الممارس المماثل في التحليل المعاصر؛ فالمرجع واحد وإن اختلفت العبارة.[11]

وقد قرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار رقم 223 (7/23)**: «التمييزَ بين الأخطاء الطبية الناتجة عن تقصير الأطباء، وبين الأخطاء النابعة من تقصير المؤسسات الطبية بسبب تخلف أنظمتها وأجهزتها الضرورية للعلاج»، و«التمييزَ بين الأخطاء الطبية وبين الحوادث السلبية غير المرغوب فيها مما لا يد للطبيب فيه، وكذلك التمييز بين الأخطاء الطبية والمضاعفات المتوقعة». وأوصى بخمسة: تنظيمات تأمينية؛ و«تشجيع الأطباء المخطئين على الإفصاح عن الأخطاء»؛ و«تشجيع المطلعين على الأخطاء على التبليغ عنها، مع توفير حمايتهم»؛ وقواعد بيانات؛ ودوائر متخصصة.[12]

ويُضاف سندٌ من **القرار رقم 142 (8/15)**؛ إذ عدّ من موجبات الضمان «إذا غرّر بالمريض». **والأقرب أن التغرير يشمل إيهام المريض بأن ما وقع مضاعفةٌ معتادة وهو خطأ.**[13]

وأما الممارس بعد الخطأ فقد رفعت الشريعة الحرج عن المخطئ غير المتعمد: ﴿وَلَيْسَ عَلَيْكُمْ جُنَاحٌ فِيمَا أَخْطَأْتُم بِهِ وَلَٰكِن مَّا تَعَمَّدَتْ قُلُوبُكُمْ﴾.[14] ولا يعني ذلك سقوط الضمان؛ فحقوق العباد لا تسقط بالخطأ باتفاق الفقهاء، وإنما يُرفع الإثم عمّن لم يتعمد ولم يفرّط. **والرحمة به لا تكون بإعفائه من الواجب بل بإعانته عليه. فالملام ليس من أخطأ، بل من أخطأ وكتم.**

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
مزاولة المهن الصحية، المادة (26)	معيار القياس: «عناية يقظة تتفق مع الأصول العلمية المتعارف عليها»
المادة (27)	ثماني صور للخطأ على سبيل التمثيل -ونصفها تقريبًا **من خطأ الترك**: نقص المتابعة، والتقصير في الرقابة، وعدم استشارة من تستدعي الحالة الاستعانة به
المادة (31)	المساءلة التأديبية مستقلة عن الضرر؛ وقد تقوم ولو لم يتضرر أحد - كما في كتمان حادثة لم تُحدث أذًى
الدليل السعودي للأحداث الجسيمة	يستند إلى قرار المجلس الصحي السعودي رقم (83/5) وتاريخ 1439/12/28هـ والموافقة الوزارية رقم (64570) وتاريخ 1441/12/1هـ

مواد الثقافة العادلة الوطنية	توازن بين إخفاقات النظام والمساءلة الفردية، ولا تتسامح مع التجاهل الواعي للمخاطر
نظام حماية البيانات الشخصية	تُحفظ سجلات المراجعة والتعلم منفصلةً عن السجل السريري، ويُضبط الوصول بالحاجة إلى المعرفة

وحدود التكييف: لا يصح القول إن كل خطأ جريمة، ولا التساهل مع ما استكمل عناصرها؛ والفارق في القصد والجسامة والتضليل. وانتبه: **إخفاء الخطأ قد يكون مخالفةً مستقلة أشدّ من الخطأ نفسه**؛ فالخطأ قد يكون زلةً معذورة، والإخفاءُ فعلٌ إرادي.

نظام الإبلاغ: ستة شروط ومؤشر مضلل

مبدأ نظم الإبلاغ بسيط: **المعلومة عن الخطأ أثمن من الخطأ نفسه**. ويُشترط فيه ستة: أن يكون **سهلًا**، و**آمنًا** لا يُستعمل ضد المبلّغ في غير التهاون، و**مستقلًا** عن سلطة العقاب، و**يُحلَّل بخبرة**، و**يُنتج تغييرًا في التصميم**، و**يُغلق حلقته** بإخبار المبلّغ. وهذا الأخير أكثرها إهمالًا: **فالإبلاغ الذي لا يُرى له أثر يتوقف من نفسه**.

واحذر مؤشرًا عكسيًا مضللًا: **انخفاض عدد البلاغات**؛ فقد يعني تحسنًا، وقد يعني أن الناس توقفوا عن الإبلاغ. ويُفرَّق بينهما بمقارنته بمؤشرات الضرر والشكاوى ونتائج مسح ثقافة السلامة.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
من تطبب ولم يُعرف منه طب فهو ضامن	نص نبوي	الحديث [10]
تحكيم عرف الأطباء في الحكم بالحذق (قاعدة «العادة محكَّمة»)	قول فقهي	استنباط ابن القيم من الحديث [11]
التمييز بين خطأ الطبيب وتقصير المؤسسة والحادث والمضاعفة، وتشجيع الإفصاح والتبليغ مع حماية المبلّغ	مشروع قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار رقم 223 (7/23) [12]
التغرير بالمريض من موجبات الضمان	قرار مجمعي	القرار رقم 142 (8/15) [13]
إدخال تسمية الخطأ «مضاعفة» في التغرير الموجب للضمان	اجتهاد المؤلف	تخريج على القرار رقم 142 [13]
رفع الإثم عن المخطئ غير المتعمد مع بقاء	نص قطعي،	﴿وَلَيْسَ عَلَيْكُمْ جُنَاحٌ فِيمَا

الضمان في حقوق العباد	وما بُني عليه متفق عليه	﴿أَخْطَأْتُم بِهِ﴾ [14]
وجوب الإبلاغ عن خطر قائم على المريض ولو كان من زميل، وأن كتمان الخطأ أشد من الخطأ	اجتهاد المؤلف	تقديم سلامة المريض على الزمالة، ويؤيده القرار رقم 223 [12]

خلاصة عملية

في الساعات الأولى اسلك مسار الأفعال السبعة المتقدم، ولا تُدر التعلم والمساءلة في اجتماعٍ واحد. ثم اسأل «لماذا» متكررًا حتى تبلغ سببًا نظاميًا قابلًا للإصلاح، وصُغ توصياتٍ قابلة للقياس بمسؤولٍ وموعد، وأغلق الحلقة بإخبار المبلّغ. **والتوصية التي لا تغيّر التصميم لا تمنع تكرارًا.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

تُعالج هنا ثلاث حالات تغطي محاور الفصل: الحادثَ القريب والإبلاغ، والتصنيفَ الدفاعي، والضحيةَ الثانية. وتُحلَّل كل حالة بتفكيك كل ركن إلى عناصره الثابتة، ثم يُصاغ قرار مهني معتمد، ويُبيَّن الركن المرجَّح والمخرج الشرعي، وتُختم بقرار موزون. ويليها مبحثٌ يجمع مواقف متكررة بأجوبتها المختصرة.

الحالة الأولى: جرعةٌ خاطئة اكتُشفت قبل وصولها للمريض

| السيناريو

تكتشف ممرضة أن جرعةً صُرفت لمريضٍ بعشرة أضعاف المقرر، فتوقفها قبل الإعطاء وتُبلغ الصيدلي فيُصحَّح الأمر. ولم يصل الدواء إلى المريض ولم يتضرر أحد. ويقترح زميلٌ ألّا تُسجَّل الحادثة «ما دام لم يحدث شيء»، ويقول إن التسجيل سيضرّ سمعة القسم.

| الركن الطبي

توصيف الحالة: حادثٌ قريب -أي خطأٌ اكتُشف قبل أن يصل إلى المريض.

قيمته: هو أثمن ما يُبلَّغ عنه؛ لأنه يكشف الثغرة بتكلفةٍ صفرية بلا ضرر وقع.

الدلالة: الحاجز الأخير نجح هذه المرة بيقظة فرد؛ وهذا لا يُعوَّل عليه -فالحواجز البشرية أضعف الحواجز.

ما يجب فحصه: كيف مرّ الخطأ من الوصف والصرف؟ وأين كان ينبغي أن يُوقَف قبل ذلك؟

| الركن الأخلاقي

الغاية من التسجيل: التعلم لا المساءلة؛ فالتسجيل هنا حمايةٌ لمرضى قادمين لا اتهامٌ لأحد.

حجة السمعة: مردودة؛ فالقسم الذي لا يُبلّغ ليس بلا مشكلات بل لا يعرفها -وستظهر يومًا

بضرر.

الأمانة: كتمان ما يُعلم أن كشفه يمنع ضررًا عن غيره إخلالٌ بالنصح العام.

الثقافة: ما يُفعل في هذه الحادثة يُعلّم الفريق ماذا يفعل في القادمة.

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ النفس -لا نفس هذا المريض بل نفوس من يأتي بعده.

القواعد الفقهية: «ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب»؛ فإذا وجب دفع الضرر وجبت وسيلته -والإبلاغ وسيلته.

تحقيق المناط: انتفاء الضرر عن هذا المريض لا يعني انتفاء الخطر عن غيره؛ فالثغرة باقية.

التكييف الفقهي: الدين النصيحة [15]؛ ومن النصح للمسلمين عامةً كشفُ ما يمنع الضرر عنهم. وقد أوصى مشروع القرار 223 (7/23) بـ«تشجيع المطلعين على الأخطاء على التبليغ عنها» وبإنشاء قواعد بيانات للأخطاء [12] -ولا تُبنى قاعدة بيانات من حوادث لا تُسجَّل.

| الركن النظامي

الإبلاغ: الحوادث القريبة من صميم ما تقوم عليه نظم الإبلاغ والتعلم [16] [17].

الحماية: يُحفظ سجل التعلم منفصلًا عن ملف المساءلة، ويُضبط الوصول إليه [18].

المؤشر: ارتفاع بلاغات الحوادث القريبة علامة صحة لا مرض؛ فلا يُقاس القسم بقلتها.

المسؤولية: كتمان الحادثة قد يكون مخالفةً مستقلة وإن لم يقع ضرر.

القرار المهني الموزون

- تسجيل الحادثة في نظام سلامة المرضى فورًا ورفض حجة «لم يحدث شيء».
- شكر الممرضة علنًا على إيقافها؛ فالتقدير هنا يبني ثقافة الإبلاغ.
- تحليل المسار: كيف مرّ الخطأ من الوصف والصرف؟ وأين ينبغي وضع الحاجز؟
- اقتراح تدخل تصميمي: حدود جرعة في الوصف الإلكتروني، أو تحقق مزدوج للدواء المعني.
- حفظ السجل في مسار التعلم لا في ملف المساءلة.
- إخبار المبلّغة بما تغيّر نتيجة بلاغها؛ فالحلقة لا تُغلق دون ذلك.

الركن المرجَّح: الطبي في وجهه المتعلق بسلامة المرضى، والأخلاقي معًا.

المخرج الشرعي: الدين النصيحة، وما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب، والتبليغ عن الأخطاء موصًى به مجمعيًا.

القرار المهني الموزون: تُسجَّل الحادثة ويُشكَر من أوقفها ويُصلَح التصميم؛ فالحادث القريب أثمن البلاغات -إذ يُعلِّم بلا ثمن.

الحالة الثانية: تصنيفٌ دفاعي: «هذه مضاعفة لا خطأ»

| السيناريو

يُصاب مريض بعدوى موضع جراحي بعد عملية. وعند المراجعة يتبيّن أن المضاد الوقائي لم يُعطَ

في وقته بل بعد بدء الجراحة بساعة. ويصرّ رئيس القسم على تصنيف الحالة «مضاعفةً متوقعة» لأن العدوى معروفة النسبة، ويقول إن التسجيل بوصفها خطأً سيرفع مؤشرات القسم.

| الركن الطبي

توصيف الحالة: العدوى مضاعفةٌ معروفة؛ لكن إغفال توقيت المضاد الوقائي انحرافٌ عن الأصول -فاجتمع الأمران.

المعيار الفاصل: هل نُفّذت حزمة الوقاية كاملةً؟ فإن نُفّذت فمضاعفة، وإن أُغفلت فخطأٌ أفضى إلى مضاعفة.

الأثر: التصنيف الخاطئ يُغلق باب التحليل فيتكرر إغفال التوقيت مع مرضى آخرين.

ما يجب فحصه: هل الإغفال فردي أم نمطٌ في القسم؟ وهل مسار إعطاء المضاد مصمَّم بحيث يضمن التوقيت؟

| الركن الأخلاقي

صدق التصنيف: التصنيف أداةُ تعلم لا أداةُ تجميل؛ وتحويله إلى الثاني يُفقده معناه كله.

تعارض المصالح: من يُقيَّم بالمؤشر لا ينبغي أن ينفرد بتصنيف ما يدخل فيه.

حق المريض: له أن يعرف أن ثمة إغفالًا في وقت المضاد؛ فذلك يمسّ فهمه لما جرى.

الأثر على الفريق: من رأى التصنيف يُدار بالمصلحة تعلّم ألّا يُبلّغ أصلًا.

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ النفس بمنع التكرار، وحفظ الأمانة في التوصيف.

القواعد الفقهية: «الأمور بمقاصدها»؛ فقصد تجميل المؤشر يُغيّر حكم التصنيف من اجتهادٍ إلى تحريف.

تحقيق المناط: إثبات إغفال التوقيت؛ فبه ينتقل الوصف من مضاعفةٍ إلى خطأ أفضى إليها.

التكييف الفقهي: توصيف الشيء بغير حقيقته لتحصيل منفعة تدليسٌ وكتمان؛ ومقتضى مشروع القرار 223 (7/23) أن التمييز بين الخطأ والمضاعفة مقصودٌ لضبط الحقيقة لا لتخفيف الملام [12]. فمن استعمله لتخفيف الملام قلب مقصوده.

| الركن النظامي

الأنظمة: تعدّ المادة السابعة والعشرون «الخطأ في العلاج» صورةً من صور الخطأ المهني [4]؛ وإغفال التوقيت داخلٌ فيه.

الاستقلال: يُفصل التصنيف عن المسؤول المعني بالمؤشر، ويُوكل إلى جهة الجودة بمعايير معلنة.

التوثيق: يُوثَّق التصنيف وأساسه؛ وإن اختُلف فيه سُجّل الرأيان.

التصعيد: يُرفع الخلاف إلى جهة الجودة أو الأخلاقيات إن أُصرّ على التصنيف الدفاعي.

القرار المهني الموزون

- رفض التصنيف الدفاعي وبيان أن إغفال التوقيت انحرافٌ عن الأصول لا مضاعفة.
- تصنيف الحالة بمعايير معلنة، وبجهةٍ لا تُقيَّم بالمؤشر نفسه.
- إبلاغ المريض بأن العدوى وقعت وأن ثمة إغفالًا في توقيت المضاد، وما يجري لعلاجه.
- تحليل المسار لمعرفة هل الإغفال فردي أم نمط، وإصلاح تصميم الإعطاء.
- توثيق الخلاف في التصنيف إن استمر، وتصعيده إلى جهة الجودة.
- مراجعة سياسة المؤشرات؛ فمؤشرٌ يدفع إلى إخفاء الحقيقة مؤشرٌ معيب.

الركن المرجَّح: الأخلاقي والفقهي معًا؛ لأن جوهر المسألة صدق التوصيف.

المخرج الشرعي: الأمور بمقاصدها، وتوصيف الشيء بغير حقيقته لتحصيل منفعة تدليس.

القرار المهني الموزون: تُصنَّف الحالة بصدق ويُفصل التصنيف عمّن يُقيَّم بالمؤشر؛ فالتمييز بين الخطأ والمضاعفة أداةُ حقٍّ لا وسيلةَ إخفاء.

الحالة الثالثة: طبيبٌ بعد خطأ جسيم

| السيناريو

مقيمٌ في السنة الثالثة أعطى دواءً خاطئًا لمريضة توفيت بعده بيومين، وما زال سبب الوفاة قيد التحقيق. وبعد الحادثة صار يبكي في المناوبات، ويرفض العمل في الوحدة نفسها، ويقول إنه يفكر في ترك التخصص. وقرر رئيس القسم إيقافه عن العمل «حتى ينتهي التحقيق» دون بيان مدة.

| الركن الطبي

توصيف الحالة: خطأ دوائي جسيم يُحتمل ارتباطه بوفاة؛ مع أثرٍ بالغ على الممارس -وهو «الضحية الثانية» [7].

أولوية أولى: المريضة وأسرتها: إفصاحٌ وتحليلٌ وجبر.

أولوية ثانية: سلامة المرضى الحاليين: فالممارس بهذا الوصف يخطئ أكثر في الأيام التالية.

ما يجب فحصه: كيف وصل الدواء الخاطئ إليه؟ وأين الحواجز التي لم تعمل؟ فالتحليل عن النظام لا عنه وحده.

| الركن الأخلاقي

الإيقاف المفتوح: إيقافٌ بلا مدة ولا معايير عودة عقوبةٌ قبل التحقيق؛ وهو يزيد الأثر النفسي ويُوهم الفريق أن الإبلاغ يُنهي المستقبل.

الفصل بين المسارات: تخفيفُ العبء إجراءُ سلامة؛ والإيقافُ العقابي إجراءُ مساءلة -ولا يُخلطان.

الدعم لا يُسقط المساءلة: يُدعَم الممارس ويُستكمل التحقيق معًا؛ فليس الدعم إعفاءً.

أثر القدوة: الطريقة التي يُعامَل بها في هذه الحادثة تحدد ثقافة القسم كله في القادمة.

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ النفس للمرضى، وحفظ نفس الممارس وعقله.

القواعد الفقهية: «لا ضرر ولا ضرار»؛ و﴿لَا يُكَلِّفُ ٱللَّهُ نَفۡسًا إِلَّا وُسۡعَهَاۚ﴾[البقرة: 286].

تحقيق المناط: التمييز بين ما يُحتاج فيه إلى دعم وما يُحتاج فيه إلى تقييد؛ وقد يجتمعان مؤقتًا.

التكييف الفقهي: رفع الإثم عن المخطئ ثابت ﴿وَلَيۡسَ عَلَيۡكُمۡ جُنَاحٞ فِيمَآ أَخۡطَأۡتُم بِهِۦ﴾[الأحزاب: 5]، وحقوق العباد لا تسقط بالخطأ. والرحمة به لا تكون بإعفائه من الواجب بل بإعانته عليه -من إفصاحٍ وتصحيحٍ وتحمّلِ نتيجة التحقيق.

| الركن النظامي

التقييد الاحترازي: مشروعٌ عند الخطر، لكنه يجب أن يكون متناسبًا ومؤقتًا وموثقًا مع معايير عودة واضحة.

العدالة الإجرائية: يُواجَه بما نُسب إليه، ويُسمع، ويُخبَر بمآل التحقيق ومدته المتوقعة.

السرية: تُصان بيانات دعمه النفسي ولا تُدرج في ملف الأداء [18].

المسؤولية المؤسسية: إن ثبت خللٌ في مسار الدواء تحمّلت المنشأة نصيبها بمقتضى تمييز مشروع القرار 223 (7/23) [12].

القرار المهني الموزون

- إفصاحٌ للأسرة عن الوقائع المعروفة وما يجري من مراجعة، مع اعتذار.
- استبدال الإيقاف المفتوح بتخفيفٍ مؤقت محدد المدة والمعايير، مع بيان شرط العودة.
- إتاحة دعم نفسي سري ومرافقة زميل مدرَّب في الأيام الأولى.
- إبلاغه بمآل التحقيق ومدته؛ فالانتظار المفتوح أشدّ من النتيجة.
- إدارة التحليل بوصفه تحليل نظام: أين الحواجز التي لم تعمل؟
- **الفصل التام بين مسار الدعم ومسار المساءلة في الإجراء والوثائق.**

الركن المرجَّح: الأخلاقي والنظامي معًا؛ لتعارض الدعم مع الاحتراز وحاجة الترجيح.

المخرج الشرعي: رفع الإثم عن المخطئ ثابت، وحقوق العباد لا تسقط بالخطأ، والرحمة إعانةٌ على الواجب لا إعفاء منه.

القرار المهني الموزون: يُفصح للأسرة ويُدعَم الممارس ويُقيَّد مؤقتًا بمعايير معلنة؛ فالدعم لا يُسقط المساءلة، والمساءلة لا تُسقط الدعم -والإيقاف المفتوح ليس واحدًا منهما.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

يجمع هذا المبحث مواقف متكررة عولجت مادتها في أركان الفصل، ويعطي كلًّا منها جوابه الحاسم بضابطه، من غير إعادة التحليل الرباعي المفصل في الحالات السابقة.

نتيجةٌ حرجة لم تصل إلى الطبيب ولا إلى المريض واكتُشفت بعد عام. الخطأ سهوٌ في طبقة المتابعة مع خللٍ نظامي في مسار النتائج، لا مخالفةٌ ولا جهل. والواجب تسريعُ تقييم المريض وعلاجه، ثم إفصاحٌ صريح بما وُجد ولماذا لم يُبلَّغ به مع اعتذار، وتوثيقُ الاكتشاف بتاريخه بلا إضافةٍ رجعية

إلى السجل، ثم قائمةُ تتبعٍ للنتائج ذات الأثر الكبير لا تُغلق إلا بتوثيق الإبلاغ. والضابط: رفعُ الإثم عن المخطئ غير المتعمد ثابت، والكتمانُ بعد العلم اختيارٌ يأثم به.

زلّةُ يدٍ أثناء إجراءٍ دقيق غيّرت نتيجة العملية. الزلة تقع من أمهر الجرّاحين، والحاذق المأذون لا يضمن ما لم يتعدَّ ولم يفرّط؛ لكن انتفاء الضمان لا يُسقط وجوب البيان. فيُخبَر المريض وأسرته بلغةٍ مفهومة بلا تهوينٍ ولا إغراقٍ فني، ويُعبَّر عن الأسف صدقًا، وتُوثَّق الزلة وأثرها في تقرير العملية، وتُسجَّل الحادثة للمراجعة ولو لم تكن مخالفة. والضابط: بابُ الضمان غيرُ باب الأمانة، والتعلم لا يشترط وجود مخالف.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. التقط ممرض أمبولة دواء بدل أخرى مشابهة في الشكل واللون أثناء مناوبة مزدحمة. ما التصنيف والعلاج الصحيحان؟

أ) مخالفة متعمدة، وعلاجها مساءلة تأديبية

ب) زلة، وعلاجها تصميم يمنع الالتباس بتمييز العبوات لا التحذير والتذكير

ج) خطأ معرفة، وعلاجه إعادة تدريب الممرض على الأدوية

د) خطأ قاعدة، وعلاجه تعميم تنبيه على القسم

2. أنهى فريقٌ تحليل حادثةٍ بتوصية «التنبيه على الجميع وزيادة التوعية». ما وجه الخلل؟

أ) لا خلل؛ فالتوعية أساس الوقاية من تكرار الأخطاء

ب) الخلل في أن التوصية لم تُعمَّم على بقية الأقسام

ج) الخلل في أن التوعية من أضعف التدخلات، والمطلوب تغيير في التصميم أو حاجز آلي

د) الخلل في أن التوصية لم تحدد عقوبة للمخطئ

3. طبيبٌ حذر أخذ التاريخ وفحص وطلب ما يلزم، ثم تبيّن بعد أسبوع أن تشخيصه الأول كان خاطئًا. قال زميل: «هذا إهمال يُحاسب عليه». ما التكييف الأدق؟

أ) إهمال، لأن كل خطأ في التشخيص إهمال بحكم النتيجة

ب) مضاعفة متوقعة، لأن التشخيص الخاطئ من مخاطر الطب المعروفة

ج) خطأ لا إهمال؛ فالإهمال وصفٌ تقرره المحكمة حين لا يقع الخطأ من طبيب يقظ في مستواه وظروفه، وحتى الأطباء الحذرون يخطئون

د) لا خطأ ولا إهمال ما دام المريض لم يتضرر ضررًا دائمًا

4. لاحظت إدارة مستشفى انخفاض عدد بلاغات الحوادث انخفاضًا حادًا خلال ستة أشهر. ما التفسير المنهجي الصحيح؟

أ) مؤشر عكسي مضلل؛ يُقارَن بمؤشرات الضرر والشكاوى ونتائج مسح ثقافة السلامة قبل الحكم

ب) مؤشر مؤكد على ضعف الالتزام الإداري بالتبليغ

ج) مؤشر مؤكد على تحسن السلامة، فتُعمَّم التجربة على بقية الأقسام

د) مؤشر لا دلالة له في أي حال ولا يُستعمل في القياس

5. مريضٌ يتردد على الطوارئ بألم بطني، وكُتب في كل زيارة أن الألم «نفسي المنشأ» استنادًا إلى تشخيصه النفسي السابق. أيّ تحيّز إدراكي هذا؟

أ) الإغلاق المبكر

ب) تأكيد المتوقع

ج) الإسناد المسبق: نسبة الأعراض إلى تشخيص سابق أو وصمٍ يحمله المريض

د) الإرساء على معلومة مبكرة

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) ج • 3) ج • 4) أ • 5) ج

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1]World Health Organization. Patient Safety: Key Facts. 11 September 2023. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

[2]Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 2000.

[3]Reason J. Human Error: Models and Management. BMJ. 2000;320(7237):768–770.

[4] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 1426/11/3هـ، ولا سيما المواد 26 و27 و31.

[5]Newman-Toker DE, Pronovost PJ. Diagnostic Errors-The Next Frontier for Patient Safety. JAMA. 2009;301(10):1060-1062. doi:10.1001/jama.2009.249.

[6]Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events. JAMA. 1995;274(1):29–34.

[7]Wu AW. Medical Error: The Second Victim. BMJ. 2000;320(7237):726–727.

[8] المركز السعودي لسلامة المرضى. دليل ومواد الثقافة العادلة. اطُّلع عليه في 1 سبتمبر 2026م. https://www.spsc.gov.sa/en/Home/JustCultureInfo

[9]Alsafi E, Bahroon SA, Tamim H, et al. Physicians' Attitudes toward Reporting Medical Errors: An Observational Study at a General Hospital in Saudi Arabia. J Patient Saf.

2011;7(3):144-147. doi:10.1097/PTS.0b013e31822c5a82.

[10] أبو داود. السنن، كتاب الديات، باب فيمن تطبب بغير علم، حديث رقم (4586)؛ والنسائي، حديث رقم (4830)؛ وابن ماجه، حديث رقم (3466): «من تطبب ولم يُعلم منه طب فهو ضامن».

[11] ابن قيم الجوزية. زاد المعاد في هدي خير العباد (الطب النبوي)، شرح حديث ضمان المتطبب.

[12] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. مشروع قرار رقم 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية، الدورة الثالثة والعشرون، المدينة المنورة، 19-23 صفر 1440هـ / 28 أكتوبر-1 نوفمبر 2018م. النص العربي الرسمي: https://iifa-aifi.org/ar/4888.html

[13] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 142 (8/15) بشأن ضمان الطبيب، الدورة الخامسة عشرة، مسقط، 14-19 محرم 1425هـ / 6-11 مارس 2004م. النص الرسمي: https://iifa-aifi.org/2162.html

[14] القرآن الكريم.

[15] البخاري ومسلم وأصحاب السنن. الصحيحان والسنن (ومنها «الدين النصيحة»، و«من غشّنا فليس منا»).

[16] World Health Organization. Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical Report and Guidance.

[17] The Joint Commission. Sentinel Event Policy and Root Cause Analysis Requirements.

[18] المملكة العربية السعودية. نظام حماية البيانات الشخصية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 1443/2/9هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 1444/9/5هـ.

حقوق الممارس وصحته المهنية

Chapter 12 -Practitioner Rights and Occupational Well-Being

حمايتك جزء من سلامة المريض -لكن حقك يتقيد بالضرورة والتناسب والاختصاص والقناة الرسمية.

مستوى القراءة: استزادة | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

كل ما درسته إلى الآن يدور حول حقوق المريض. وهذا صحيح، لأنه الطرف الأضعف. لكن الرعاية لا تصير آمنة إذا عُومل الممارس نفسه كأداة بلا حدود.[1]

فكّر في الصورة: **الممارس الخائف** يصمت عن جرعة خاطئة رآها. **الممارس المنهك** يفقد الانتباه. **المتدرب الذي يُذَل** يتردد في طلب المساعدة. **ومن يُضغط عليه لتعديل السجل** يفقد هو والمريض أهم وسيلة لفهم ما جرى. فالمعادلة ليست «المريض أو الممارس»، بل رعاية تحفظ المريض، وتمكّن الممارس، وتحاسب الجميع بعدل.

وأنت اليوم في أضعف مواقع هذا الفصل: متدرب، حديث عهد، يخشى التقييم. فاعرف ما لك قبل أن تحتاجه.

المفهوم الأساسي: الحق الذي يمكّنك من الواجب

حقوق الممارس ليست امتيازات تنافس حقوق المريض، ولا حصانة من الشكوى. هي **ضمانات تجعلك قادرًا على أداء واجبك**: كرامة مصونة، وبيئة آمنة، وتدريب وإشراف عادل، واستقلال مهني منضبط، وسجل لا يُحرَّف، وقناة آمنة للاعتراض، وتحقيق يسمع الطرفين.[2]

ولاحظ أن كل حق يقابله واجب. لك حق التدريب العادل ووضوح الصلاحيات، ويقابله ألا تعتذر قلةُ التدريب عن طلب المساعدة أو الامتناع عما لا تُحسنه. ولك حق الدفاع أمام الجهة المختصة، ويقابله ألا يكون ردك على التشهير نشرَ الملف في وسائل التواصل. ولك حق الحماية من العنف، ويقابله أن إساءة المريض لا تُسقط رعايته العاجلة.

أربع قواعد تحكم الباب كله

• **التلازم:** كل حق مهني مرتبط بوظيفة علاجية أو تعليمية أو رقابية. فما لا صلة له بالرعاية ضعُفت حجته.

• **التناسب:** لا يتجاوز الدفاع ولا الرفض ولا الإفصاح **القدر اللازم**.

• **عدم التخلي:** الاعتذار عن علاقة علاجية أو طلب الحماية لا يجيز ترك مريض في خطر بلا مساعدة أو إحالة ممكنة.

• **العدالة الإجرائية:** الادعاء لا يساوي الثبوت، ووقوع المضاعفة لا يثبت الخطأ.

المواقف الأربعة التي ستقع فيها فعلًا

حين تُكلَّف بما يفوق مستواك. حقك في ألا تُكلَّف بما يتجاوز تصنيفك يحمي المريض قبل أن يحميك.[3] قل صراحةً إنك لم تُعتمد لهذا الإجراء، واطلب إشرافًا مباشرًا أو بديلًا، ووثّق الطلب والرد. وفي الطوارئ قد تضطر إلى ما يتجاوز الروتين ضمن الممكن لإنقاذ حياة، **لكن الاستثناء لا يتحول إلى طريقة دائمة لسد نقص الكادر**. وإذا وقعت مضاعفة فلا يُفحص فعلك وحدك؛ بل نوع التكليف، ووضوح الصلاحية، ودرجة الإشراف، وإمكان استدعاء خبير.

حين تكون منهكًا. النوم والراحة ليسا شأنًا خاصًا حين يتأثر بهما الأداء.[4، 5] صرّح بالعجز المؤقت عن إجراء عالي الخطورة، واطلب المساندة. ولا تخفِ إرهاقك ثم تحتج به بعد الخطأ إذا كنت تستطيع التصعيد.

حين تُهان. الكرامة لا تمنع الشكوى ولا التصحيح ولا الجزاء؛ تمنع السبَّ والإذلال والتهديد والتحقير العلني. والصراخ المهين أمام المرضى **قضية سلامة لا خلاف شخصي**، لأنه يربك الفريق ويمنع طلب المساعدة.[6] وفرّق: الخلاف العلمي يركز على الفكرة، والتغذية الراجعة تصف سلوكًا وأثرًا وخطة، والتنمر يستعمل القوة للإذلال، والتحرش له تعريف نظامي جنسي محدد.[7]

حين يُطلب منك تعديل السجل. لا. يجوز تصحيح خطأ بآلية تُظهر الأصل ووقت الإضافة وسببها وصاحبها، ولا يجوز محو واقعة أو تغيير جرعة أو وقت لإخفاء خطأ.[8] وتكييف التعديل الخفي وضوابط التوثيق تفصيلها في الفصل العاشر.

حين ترى انتهاكًا مرتبطًا بالسلامة، الترتيب هو: احمِ المريض من الخطر العاجل أولًا، ثم حدّد الواقعة بوقتها وشهودها بلا أوصاف انفعالية، ثم اعترض مهنيًّا واقترح بديلًا. ثم صعّد إلى القناة التالية إن بقي الخطر، واحفظ الأدلة **في النظام الرسمي** لا في جهازك

الشخصي، واستمر في الرعاية الممكنة.[9] والخطر الجسيم لا ينتظر هذا التدرج، بل ينتقل فورًا إلى صاحب الصلاحية.

الأساس الشرعي

بدنك وكرامتك وسمعتك ليست مباحة بعقد العمل، ومهنتك أمانة تتعلق بحفظ نفس المريض. وتُنزَّل على هذا الباب ثلاث قواعد كلية متفق عليها، وتنزيلها على مواقفه اجتهادٌ من المؤلف: «لا ضرر ولا ضرار» تمنع إضرارك بالمريض كما تمنع تعريضك لخطر يمكن دفعه؛ و«الأمور بمقاصدها» تميز بلاغ الإصلاح من التشهير؛ و«اليقين لا يزول بالشك» تمنع إدانتك قبل البينة.

ولا يجعلك الفقه ضامنًا لكل نتيجة. فقد قرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم 142 (8/15)** أن على الطبيب «أن يؤدي واجبه بإخلاص حسب الأصول الفنية والعلمية»، وعدّ من موجبات الضمان التعمدَ والجهلَ والتغريرَ والإهمالَ والخطأ الذي لا يقع فيه الأمثال. وقرر أن **كل عضو في الفريق يُسأل عن خطئه** لا عن خطأ غيره، مع مسؤولية رئيس الفريق عن خلل التوجيه والرقابة، والمؤسسة عن تقصيرها وتعليماتها الضارة.[10] وتفصيل موجبات الضمان وتوزيعه في الفصل العاشر.

وفي **القرار رقم 223 (7/23)** بشأن الأخطاء الطبية غير العمدية دعوة إلى «تشجيع المطلعين على الأخطاء على التبليغ عنها، مع توفير حمايتهم». وفيه أيضًا التمييز بين خطأ الطبيب وتقصير المؤسسة والحادث والمضاعفة، ومراجعة ساعات المناوبة وعبء المرضى.[11] وهذا من أقوى مواضع وصل حقوق الممارس بسلامة المريض.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
نظام مزاولة المهن الصحية، المادة (7)	تنمية معلوماتك واجب عليك، وتسهيل حضورك للدورات واجب على المنشأة
المادة (16)	لك الاعتذار عن علاج غير خطير وغير عاجل لسبب مقبول، بلا إضرار بالمريض -وتفصيله في الفصل التاسع
المادة (21)	السر أصل، ويُستثنى الإفصاح اللازم لدفع اتهام يتعلق بكفايتك أو كيفية ممارستك
المادة (24)	علاقة الزملاء على التعاون والثقة، وتحظر الكيد والانتقاص ونشر الإشاعات المسيئة

المادة (26)	التزامك «التزام ببذل عناية يقظة تتفق مع الأصول العلمية المتعارف عليها» -لا ضمان الشفاء
المادة (27)	من صور الخطأ المهني: نقص المتابعة، والجهل الفني، **والتقصير في الرقابة والإشراف**، وعدم الاستشارة عند الحاجة
المادتان (35) و(39)	مدد التظلم: ستون يومًا في المادة 35، وثلاثون يومًا من قرار الإيقاف المؤقت في المادة 39
نظام العمل، المادة (122)	على صاحب العمل توفير وسائل السلامة دون تحميل العامل تكلفتها
نظام حماية البيانات الشخصية، المادة (23)	قصر الاطلاع على البيانات الصحية على أقل عدد لازم لتقديم الخدمة
نظام مكافحة جرائم المعلوماتية، المادة الثالثة	«التشهير بالآخرين، وإلحاق الضرر بهم» عبر وسائل التقنية من الأفعال المعاقب عليها

مفاهيم شائعة تحتاج تصحيحًا

• «المريض دائمًا على حق». له حق الرعاية والشرح والشكوى، لا حق الإملاء الطبي ولا الاعتداء ولا التقرير غير الصحيح.

• «وقوع المضاعفة يثبت الخطأ». النتيجة تستدعي المراجعة ولا تحسمها.

• «السرية تمنعني من الدفاع». تمنع النشر غير المأذون، لا الإفصاح الضروري للجهة المختصة.[12، 13]

• «كل بلاغ تحميه لائحة المبلّغين». نطاق نظام حماية المبلّغين هو **الجرائم الكبيرة الموجبة للتوقيف**؛ أما بلاغ الخطأ غير الجنائي أو نقص الكادر فحمايته واجب مؤسسي وأخلاقي وتسنده أنظمة أخرى.[14]

• «المتدرب يتحمل لأنه نفّذ». يُفحص خطؤه ودور المشرف والمؤسسة معًا.

• «الدعم النفسي يعني الإعفاء». الدعم الإنساني والتحقيق العادل مساران متوازيان.[15]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
«لا ضرر ولا ضرار»: منع الإضرار بالممارس كما بالمريض	قاعدة كلية (نص نبوي)	الحديث، وتنزيلها على الممارس اجتهاد المؤلف

«اليقين لا يزول بالشك»: لا إدانة للممارس قبل البينة، والادعاء لا يساوي الثبوت	قاعدة كلية متفق عليها	القواعد الفقهية الكبرى
«الأمور بمقاصدها»: التفريق بين بلاغ الإصلاح والتشهير	قاعدة كلية متفق عليها	القواعد الفقهية الكبرى، وتنزيلها اجتهاد المؤلف
التزام الطبيب بأداء واجبه حسب الأصول لا بضمان النتيجة، وبيان موجبات الضمان، ومسؤولية كل عضو عن خطئه	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار رقم 142 (8/15) [10]
تشجيع المطلعين على الأخطاء على التبليغ مع توفير حمايتهم	مشروع قرار مجمعي	القرار رقم 223 (7/23) [11]
منع تعديل السجل لإخفاء خطأ، وجواز التصحيح الظاهر الموثق	اجتهاد المؤلف	تخريج على كتمان الشهادة وتغييرها [8]، وتفصيله في الفصل العاشر

خلاصة عملية

اسأل نفسك عند كل نزاع ستة أسئلة: ما الواجب السريري المقابل؟ ما مقدار الخطر واحتماله؟ هل توجد وسيلة أقل ضررًا؟ هل الحالة عاجلة؟ من صاحب الصلاحية؟ وما الذي يجب توثيقه؟ ثم تذكّر أن **حمايتك جزء من سلامة المريض** -لكن حقك يتقيد بالضرورة والتناسب والاختصاص والقناة الرسمية. فلا تبرر الكرامةُ إهمالَ مريض، ولا يبرر الدفاعُ كشفَ ملفه، ولا تُبيح السلامةُ تركَ طارئ دون ترتيب مساعدة ممكنة.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

يقرأ النموذج كل حالة من أربعة أبعاد: طبي سريري، وأخلاقي إنساني، ونظامي مهني، وفقهي شرعي -وتفصيله في الفصل المرجعي لنموذج الأركان الأربعة. ولا يحل محل التحقيق أو الرأي الفني، بل يمنع اختزال القرار في الانفعال أو النتيجة وحدها.

الحالة الأولى: أمانة السجل الطبي والتستر على الخطأ

السيناريو. تعمل ممرضة في قسم العناية المركزة، ولاحظت أن طبيبًا استشاريًا أعطى أمرًا بجرعة دوائية غير صحيحة لمريض حرج، مما أدى إلى اضطراب في العلامات الحيوية. تدارك الطبيب الخطأ، ثم طلب من الممرضة تعديل السجل الطبي بحيث لا يظهر الخطأ، مبررًا ذلك بأن إثبات الواقعة قد يضر بمستقبله المهني.

التحليل وفق الأركان الأربعة.

أولًا: | الركن الطبي. الخطأ الدوائي في العناية المركزة قد تكون له آثار لاحقة، حتى لو تدارك الفريق أثره المباشر. وإخفاء الواقعة يمنع الفريق اللاحق من فهم سبب التدهور، وقد يؤدي إلى تكرار الخطأ أو إغفال مضاعفاته.

ثانيًا: | الركن الأخلاقي. تتعارض هنا قيمة الولاء للزميل مع قيم الصدق والأمانة وسلامة المريض. والأمانة المهنية تقتضي أن يكون التوثيق صادقًا، وأن يكون الإبلاغ بقصد الإصلاح لا التشهير.

ثالثًا: | الركن النظامي. تعديل السجل الطبي خلاف الحقيقة لإخفاء خطأ قد يقع تحت النظام الجزائي لجرائم التزوير الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/11) بحسب طبيعة الفعل وثبوت القصد [8]، وهو خروج على التزام الممارس ببذل عناية يقظة تتفق مع الأصول العلمية في المادة (26) من نظام مزاولة المهن الصحية [13]. وأما حماية الممرضة المبلّغة: فنطاق نظام حماية المبلّغين والشهود والخبراء والضحايا الجرائم الكبيرة الموجبة للتوقيف [14، 16]؛ فإن لم يبلغ الفعل ذلك فحمايتها من الانتقام واجب مؤسسي وأخلاقي، ويسنده ما في القرار 223 (7/23) من تشجيع المطلعين على الأخطاء على التبليغ مع توفير حمايتهم [11].

رابعًا: | الركن الفقهي. تحريف السجل خيانة للأمانة، وقد خرّجه المؤلف على كتمان الشهادة وتغييرها: ﴿وَلَا تَكْتُمُوا الشَّهَادَةَ﴾؛ وقاعدة «الضرر يزال» تقتضي إزالة الخطر ومنع تكراره، و«الأمور بمقاصدها» تميز بلاغ الإصلاح من التشهير. وقد قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار 142 (8/15) أن كل عضو في الفريق يُسأل عن خطئه لا عن خطأ غيره [10]، ودعا في مشروع القرار 223 (7/23) إلى «تشجيع المطلعين على الأخطاء على التبليغ عنها، مع توفير حمايتهم» [11]. كما أن حفظ النفس مقدم على حفظ سمعة زميل من مساءلة مستحقة.

القرار المهني الموزون. القرار المهني هو رفض تعديل السجل خلاف الحقيقة، وتوثيق الواقعة بموضوعية، وإبلاغ الجهة المختصة داخل المنشأة وفق القنوات الرسمية، مع حماية المبلّغة من الانتقام. ولا يكون الهدف إسقاط الطبيب أو التشهير به، بل حماية المريض وتصحيح الخلل والتمييز بين الخطأ السريري والتحريف المتعمد. [11، 13، 8، 14، 16]

الحالة الثانية: الشكوى والتشهير قبل ثبوت الخطأ

| السيناريو. تعرض مريض لمضاعفة معروفة بعد إجراء طبي، فنشر أحد ذويه اسم الطبيب وصورته في وسائل التواصل، واتهمه بالإهمال والجهل قبل انتهاء التحقيق.

التحليل وفق الأركان الأربعة.

أولًا: | الركن الطبي. وقوع مضاعفة لا يعني بذاته وجود خطأ. يجب فحص ملاءمة الإجراء، والتبصير، والموافقة، واتباع الأصول، والمتابعة، وهل كانت المضاعفة معروفة في مثل هذا الإجراء.

ثانيًا: | الركن الأخلاقي. للمريض حق الشكوى، لكن التشهير قبل التثبت يظلم الممارس ويفسد

الثقة. كما لا يجوز للطبيب الرد بكشف أسرار المريض في وسائل التواصل.

ثالثًا: | الركن النظامي. المساءلة الطبية لها قنوات مختصة، وللممارس حق الدفاع أمامها والتظلم في المدد التي حددتها المادتان (35) و(39) من نظام مزاولة المهن الصحية [13]. والمادة (21) من النظام نفسه تجعل السر أصلًا، وتستثني الإفصاح اللازم لدفع اتهام يتعلق بكفاية الممارس أو كيفية ممارسته -أمام الجهة المختصة لا في وسائل التواصل [13]؛ وتقصر المادة (23) من نظام حماية البيانات الشخصية الاطلاع على البيانات الصحية على أقل عدد لازم [9]. أما نشر اسم الطبيب وصورته واتهامه قبل التحقيق فمن «التشهير بالآخرين وإلحاق الضرر بهم» عبر وسائل التقنية الذي عاقبت عليه المادة الثالثة من نظام مكافحة جرائم المعلوماتية.

رابعًا: | الركن الفقهي. اتهام الناس بلا بينة يمس حفظ العرض، وقاعدة «اليقين لا يزول بالشك» تمنع إدانة الممارس قبل التحقيق. وفي المقابل، إذا ثبت الخطأ وجب إنصاف المريض وتعويضه بحسب موجبه.

القرار المهني الموزون. تحفظ للمريض وذويه حق الشكوى، وتوقف حملة التشهير، ويفتح تحقيق مهني. يلتزم الطبيب بعدم إفشاء السر، ويقدم دفاعه للجهة المختصة. فإن ثبت الخطأ عولجت آثاره وفق النظام، وإن لم يثبت حُفظ حق الممارس في سمعته.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

خمسة مواقف تتكرر في المنشآت، وجوابها الحاسم بضابطه:

توزيع فرص التدريب بالعلاقات الشخصية. يمنح رئيس القسم الابتعاث والدورات بحسب القرب الشخصي، ويخشى المتضررون الاعتراض لأنه يؤثر في تقييمهم. والجواب: تُعتمد معايير مكتوبة معلنة -الاحتياج المهني، والكفاءة، وخطة القسم -ويحق للمتضرر معرفتها والاعتراض عبر قناة رسمية بلا انتقام؛ فإن ثبتت المحاباة رُوجعت الترشيحات وصُحّحت آثارها. وضابطه: التصرف الإداري منوط بالمصلحة، والمادة 7 تجعل تمكين التطوير واجبًا مؤسسيًا لا مكافأةَ نفوذ.

تهديد بخفض التقييم أو النقل ردًّا على اعتراض مهني. يثني رئيس القسم فريقه عن بلاغات نقص الكادر بحجة صورة القسم. والجواب: يُرفع تظلم موثق عبر قناة مستقلة، وتوقف الإجراءات الانتقامية عند وجود قرائن، وتُراجع سجلات النقل والتقييم وساعات العمل؛ فإن ثبت الانتقام أُزيلت آثاره وحوسب المسؤول. وضابطه: لا يُستعمل التقييم ولا النقل ولا التدريب أداةَ انتقام من اعتراض مشروع، والولاية الإدارية مقيدة بالمصلحة [14، 16، 15].

العمل في وباء مع نقص وسائل الوقاية. يُطلب من فريق الطوارئ استقبال حالات مشتبهة بلا حماية كافية، فيرفض بعضهم الدخول المباشر فتصفهم الإدارة بالتقصير. والجواب: الخيار ليس بين المجازفة وترك المريض؛ بل تصعيد عاجل، وإعادة تنظيم المسار، وتقليل عدد المعرَّضين، واستعمال المتاح المناسب، مع استمرار رعاية الحالات العاجلة. وضابطه: واجب الرعاية لا يوجب تحمّل خطر

جسيم يمكن ضبطه، ومسؤولية السلامة على المنشأة، ولا يُعاقَب الممارس لمجرد طلب الحماية [1، 17، 18].

رفض المريض العلاج ثم اتهام الفريق بالإهمال. يرفض مريض مؤهل التنويم بعد شرح المخاطر ويوقّع نموذج الرفض، ثم يعود أسوأ حالًا متهمًا الفريق. والجواب: يُعالج عند عودته بلا توبيخ، ثم تُراجع الواقعة؛ فإن ثبت تبصيرٌ وتوثيقٌ كافيان لم يكن التدهور خطأً بمجرده، وإن كان الشرح أو التوثيق ناقصًا عولج الخلل. وضابطه: العدل يمنع نسبة نتيجة قرار المريض إلى الممارس إذا نصح وبيّن ووثّق؛ وتفصيل الأهلية والتبصير في فصل الإذن الطبي والموافقة المستنيرة.

خطأ دوائي في مناوبة منهكة. تُحمّل الإدارة الممرض المنفذ كامل المسؤولية، بينما يشير الفريق إلى الإرهاق وتشابه أسماء الأدوية وغياب التحقق المزدوج. والجواب: يعالَج أثر الخطأ في المريض، ثم تُراجع الواقعة بمنهج سلامة المرضى: وصف الدواء، والصرف، والتحقق المزدوج، وعدد الساعات؛ فإن ثبت خطأ فردي حوسب بقدره مع إصلاح النظام. وضابطه: «لا ضرر ولا ضرار» تمنع تنظيم عملٍ يضر بالمريض والممارس؛ وتفصيل تحليل الخطأ في فصل الخطأ الطبي من الوقوع إلى التعلم [3، 4، 5، 18].

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. طالب ذوو مريض بالتعويض لأن الجراحة لم تحقق الشفاء المأمول، مع أنها أُجريت بأصولها وبُيّنت مخاطرها قبلها. ما التكييف الصحيح بمقتضى المادة (26)؟

أ) التزام الممارس التزام ببذل عناية يقظة تتفق مع الأصول العلمية، لا ضمان نتيجة؛ فلا مسؤولية بمجرد عدم الشفاء

ب) يُعوَّضون لأن الشفاء نتيجة يلتزم بها الطبيب ما لم يثبت سبب أجنبي

ج) يُعوَّضون لأن عدم الشفاء قرينة قاطعة على وقوع خطأ

د) لا يُنظر في شكواهم أصلًا لأن التوقيع على التبصير يسقط حق الشكوى

2. وبّخك استشاري بعبارات مهينة أمام المرضى والتمريض بسبب خطأ إداري غير مؤثر في الخطة العلاجية. ما التكييف الأدق؟

أ) الأمر من صرامة التدريب المعتادة ويجب احتماله

ب) الأمر خلاف شخصي يُعالج بالتفاهم خارج العمل فقط

ج) الأمر مسألة سلامة مرضى، لأن بيئة الخوف تربك الفريق وتمنع طلب المساعدة، وتُوثَّق الإساءة وتُحال عند التكرار أو الجسامة

د) الأمر يستوجب الرد بالمثل حفاظًا على الكرامة

3. أثناء مناوبة ليلية شعرت بانهيار تركيز يمنعك من أداء إجراء عالي الخطورة بأمان. ما الصحيح؟

أ) إبلاغ المسؤول وطلب تغطية آمنة أو استبدال، مع تسليم المهمة إلى مؤهل

ب) إتمام الإجراء لأن الانسحاب يُعد تخليًا عن المريض

ج) تأجيل الإجراء بلا إبلاغ أحد حتى الصباح

د) تنفيذ الإجراء ثم الاحتجاج بالإرهاق إن وقع خطأ

مفتاح الإجابات

1) أ • 2) ج • 3) أ

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] World Health Organization. Charter: Health Worker Safety: A Priority for Patient Safety. 17Sep 2020. المصدر الرسمي

[2] World Medical Association. International Code of Medical Ethics. Adopted 2022. المصدر الرسمي

[3] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. اللوائح والقواعد التنظيمية وأخلاقيات الممارس الصحي؛ متاحة ومحدثة حتى 24 أغسطس 2026م. المصدر الرسمي

[4] Landrigan CP, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. N Engl J Med. 2004;351:1838–1848. DOI

[5] Landrigan CP, et al. Effect on patient safety of a resident physician schedule without 24-hour shifts. N Engl J Med. 2020;382:2514–2523. DOI

[6] van Dongen D, et al. Classification of influencing factors of speaking-up behaviour in hospitals: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2024;24:1657. DOI

[7] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مكافحة جريمة التحرش؛ المرسوم الملكي م/96 وتاريخ 1439/9/16هـ؛ قرار مجلس الوزراء 488 وتاريخ 1439/9/14هـ. المصدر الرسمي

[8] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. النظام الجزائي لجرائم التزوير؛ المرسوم الملكي م/11 وتاريخ 1435/2/18هـ. المصدر الرسمي

[9] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام حماية البيانات الشخصية؛ المرسوم الملكي م/19 وتاريخ 1443/2/9هـ، المعدل بالمرسوم الملكي م/148 وتاريخ 1444/9/5هـ. المصدر الرسمي

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 142 (8/15) بشأن ضمان الطبيب؛ الدورة الخامسة عشرة، مسقط، 14–19 المحرم 1425هـ/6–11 مارس 2004م. المصدر الرسمي

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية؛ الدورة الثالثة والعشرون، 19–23 صفر 1440هـ/28 أكتوبر–1 نوفمبر 2018م

(منشور في الموقع الرسمي للمجمع بوصف «مشروع قرار»). المصدر الرسمي

[12] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية؛ الدورة الثامنة، 1–7 المحرم 1414هـ/21–27 يونيو 1993م. المصدر الرسمي

[13] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مزاولة المهن الصحية؛ المرسوم الملكي م/59 وتاريخ 1426/11/4هـ؛ قرار مجلس الوزراء 276 وتاريخ 1426/11/3هـ. المصدر الرسمي

[14] جريدة أم القرى. نظام حماية المبلّغين والشهود والخبراء والضحايا؛ قرار مجلس الوزراء 629 وتاريخ 1445/8/3هـ؛ المرسوم الملكي م/148 وتاريخ 1445/8/8هـ؛ نشر 1445/8/20هـ الموافق 1 مارس 2024م. المصدر الرسمي

[15] Agency for Healthcare Research and Quality. Just Culture. PSNet. الرابط

[16] جريدة أم القرى. اللائحة التنفيذية لنظام حماية المبلّغين والشهود والخبراء والضحايا؛ قرار مجلس الوزراء 892 وتاريخ 1447/12/2هـ؛ النص المعدل المنشور 1447/12/26هـ الموافق 12 يونيو 2026م. المصدر الرسمي

[17] World Health Organization & International Labour Organization. Caring for Those Who Care: National Programmes for Occupational Health for Health Workers. 2020. المصدر الرسمي

[18] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام العمل؛ المرسوم الملكي م/51 وتاريخ 1426/8/23هـ، مع تعديلاته النافذة حتى تاريخ القطع. المصدر الرسمي

أخلاقيات الفريق الصحي والتشاوروحل الخلاف

Chapter 13 -Healthcare Team Ethics: Consultation and Conflict Resolution

التدرج لحلّ النزاع لا لتأجيل الحماية.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

يجمع هذا الفصل موضوعين يلتقيان في العمل اليومي: أخلاقيات الفريق الصحي والعلاقات المهنية، ثم التشاور وحل الخلاف ولجان الأخلاقيات؛ فالفريق الذي يحسن الاعتراض الآمن والنصيحة المنضبطة يحسن أيضًا طلب الاستشارة حين يعجز الحوار داخله.

القسم الأول: أخلاقيات الفريق الصحي والعلاقات المهنية

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

لن تعمل وحدك يومًا واحدًا. وأخطر لحظة في الفريق هي **حين يرى الأصغر رتبةً خطأً عند الأكبر**: فإن صمت وقع الضرر، وإن تكلم بلا أداة قد يُواجَه بالرفض. وأنت -طالبًا أو متدربًا -في هذا الموضع بالضبط.

والفريق ليس تجمّع أشخاص في مكان؛ بل جماعة تشترك في غاية واحدة هي مصلحة المريض. والعمل الفردي يُقاس بمهارة الشخص، **والعمل الجماعي يُقاس بجودة الوصلات بينهم**. ولذلك قد يجتمع أفراد ممتازون في فريق رديء إذا اختلّ التسليم أو تعذّر الاعتراض.[1]

خمس قيم تحكم الفريق

وحدة الغاية، ووضوح الدور، وصدق المعلومة، واحترام الشخص، والمساءلة العادلة. وإذا اختلّت واحدة منها **ظهر أثرها في السلامة قبل أن يظهر في الرضا**. أما القيادة فتشاركية في المداولة، حاسمة في اللحظة الحرجة.

أداة الاعتراض المهني الآمن -احفظها بنصّها

لا يرتجل الناس هذه الصيغ تحت الضغط، ولذلك تُعلَّم صراحةً. صعّد على أربع درجات:

- **السؤال:** «هل تسمح لي بالتأكد من الجرعة؟»

- **التنبيه:** «أنا قلق من كذا.»
- **التصريح:** «هذا غير آمن، أطلب التوقف حتى نتحقق.»
- **التصعيد** إلى من يملك القرار.

ويقابل ذلك واجبٌ على الأقدم: أن يستقبل الاعتراض **بوصفه معلومة لا تحديًا**، وأن يشكر من نبّهه ولو كان مخطئًا في تنبيهه؛ فالثمن الذي يدفعه من يُسكت المعترضين أعلى بكثير من ثمن تنبيهٍ في غير محله.[2]

وأما التسليم بين المناوبات فيُعامَل **إجراءً سريريًا عالي الخطورة لا واجبًا إداريًا**: منظمًا لا سرديًا -التشخيص، وما تغيّر، وما يُتوقع، وما يجب مراقبته، ومن يُتصل به عند كذا. ومن الأخطاء الشائعة تسليم «المرضى المستقرين» بلا ذكر ما يمكن أن يتغير - **فالمريض المستقر اليوم قد يكون هو حالة الليلة**.

حين ترى زميلًا متعثرًا

ابدأ بضبط ثلاثة مصطلحات، فالخلط بينها أصل أكثر الظلم في هذا الباب:

- **المتعثر:** من ظهرت في أدائه مؤشرات قصور تحتاج تقييمًا -وقد يكون السبب قابلًا للإصلاح تمامًا.
- **غير المؤهل للمهمة:** من لا يملك الترخيص أو الامتياز أو الكفاءة اللازمة لها -وهو وصف **يخصّ المهمة لا الشخص**.
- **المخالف:** من ارتكب سلوكًا متعمدًا أو أخفى أو زوّر -وهذا وحده موضع التأديب ابتداءً.

فالتعثر لا يساوي سوء السلوك، والمرض لا يساوي عدم الكفاءة.[3] ولكل سبب استجابته: نقص المهارة يُعالَج بتدريب مستهدف وإشراف مؤقت، والاحتراق يُعالَج بإصلاح الجدول والعبء قبل الحلول الفردية. **وتعثّر أكثر من فرد في الوحدة نفسها يعني أن المشكلة في التصميم لا في الأشخاص**.[4]

والمسار ست خطوات. احمِ المريض أولًا: أوقف الجزء غير الآمن ضمن صلاحيتك، وأمّن التغطية، واستدعِ المسؤول عند الخطر الوشيك. ثم اجمع وقائع محددة، ثم ناقش الزميل بسرية متى كان ذلك آمنًا، ثم أحِل إلى التقييم المناسب، ثم ضع خطة استصلاح مكتوبة. وأخيرًا حدّد شرط العودة **بدليل كفاءة ولياقة لا بتعاطف**.[3]

متى تكفي النصيحة السرية ومتى يلزم البلاغ؟

القاعدة الجامعة: **الزمالة تحمي من التشهير وتضمن عدالة المراجعة، لكنها لا تشتري الصمت عن خطر**. والفرق ليس في حجم الخطأ وحده، بل في ستة عناصر. ثلاثة منها تخص الواقعة: درجة الخطر (هفوة محدودة أم خطر وشيك؟)، والتكرار (واقعة عارضة أم نمط؟)، والقابلية للتصحيح (قابلة فورًا أم رفضٌ وإنكار؟). وثلاثة تخص الممارس: حدود الصلاحية (داخل الامتياز أم خارج الترخيص؟)، وتأثر الحكم (لا مؤشر أم اشتباه تأثر بمرض أو مادة أو إرهاق؟)، ونزاهة السجل (لا مساس أم تزوير وإخفاء؟).

وصياغة البلاغ تقوم على قاعدة واحدة: **صِف الوقائع لا النيات**. أجب عن أربعة: ماذا شوهد؟ ومتى؟ وما أثره أو احتماله؟ وما الإجراء العاجل لحماية المرضى؟ ولا تقل «أظنه مهملًا» ولا «يبدو أنه يتعاطى». **ولا تشترط على نفسك اليقين**؛ يكفي اعتقاد مهني معقول يُرفع إلى من يملك التحقق. فاشتراط اليقين على المبلّغ يعني عمليًا ألّا يُبلّغ أحد.[5] وإن كان المسؤول المباشر جزءًا من المشكلة أو لم يتخذ إجراءً كافيًا، فصعّد إلى القناة الأعلى؛ **فالتسلسل أداةٌ لحماية المريض لا حاجزٌ يُحتمى به**.

معيار كاشف: الخدمة التي لم تتلقَّ بلاغًا واحدًا في عام ليست خدمةً بلا مشكلات؛ بل غالبًا خدمةٌ لا يثق أحدٌ بها.

الكرامة تحت الضغط

الإساءة تقع غالبًا في اللحظة الحرجة ثم تُبرَّر بأن الحال كان صعبًا. ولا يُقبل هذا؛ لأن أثرها يقع حيث لا يُرى: **فمن أُهين مرةً يتردد في التنبيه مرةً أخرى، فيضيع تنبيهٌ كان يمنع ضررًا**.[6] ومن صورها المُغفَلة: السخرية أمام المرضى، والتجاهل المتعمد، والتقليل من تخصص بعينه، والتعليق على المظهر أو اللهجة أو الجنسية.

والضابط العملي: يُصحَّح الخطأ الفني علنًا إن لزم لحماية المريض، ويُصحَّح السلوك سرًّا دائمًا. فالخلط بينهما يُنتج إما تعريضًا للمريض أو تعييرًا للزميل.

الاحترام وحدود النقد في فريق متعدد المهن

الفريق الذي ستعمل فيه ليس أطباءً فقط: ممرضة، وصيدلي، وفني مختبر وأشعة، وأخصائي علاج طبيعي، وأخصائي اجتماعي، وموظف سجلات. **والمسؤولية فيه تُوزَّع بحسب الدور لا بحسب الرتبة**: فمن باشر الفعل مسؤول عن مباشرته، ومن وجّه مسؤول عن توجيهه، ومن أشرف مسؤول عن رقابته. ولذلك فاعتراض الممرضة على جرعة، أو تنبيه الصيدلي إلى تداخل دوائي، ليس تجاوزًا لدورها بل هو دورها؛ ومن ردّ عليها

بـ«التزمي بعملك» أسكت آخر حاجز قبل الخطأ. وطلب الاستشارة ليس نقصًا في الكفاءة بل جزء منها؛ وقد جعل النظام «عدم استشارة من تستدعي حالة المريض الاستعانة به» من صور الخطأ المهني.[7]

وللنقد داخل الفريق حدود ثلاثة تحفظه من أن ينقلب إلى إساءة:

• **صِف الفعل لا الشخص.** «الجرعة كُتبت بلا وزن المريض» نقدٌ؛ «أنت مهمل» إهانة. ولا تنسب نية ولا تشخّص زميلك.

• **الخطأ الفني علنًا إن لزم، والسلوك سرًّا دائمًا.** فإذا كان تصحيح الخطأ الآن يحمي المريض فصحّحه أمام من يلزم؛ أما التعليق على سلوك الزميل أو أسلوبه فلا يكون أمام المرضى ولا في مجموعة الفريق.

• **لا تقلّل من تخصص أو مهنة.** فالسخرية من التمريض أو من «الأشعة» أو من تخصص بعينه، والتعليق على المظهر أو اللهجة أو الجنسية، من صور الإساءة التي تُغفل، ونظام العمل يوجب معاملة العاملين بالاحترام اللائق والامتناع عن كل قول أو فعل يمس كرامتهم.[8]

وتحكم العلاقة بين الأخطاء والمساءلة **ثقافة عادلة** تفرّق بين الخطأ البشري غير المقصود، والمجازفة التي صارت عادة، والسلوك المتهور أو المتعمد، ولكلٍّ استجابته؛ وتفصيلها في الفصل الحادي عشر. وما يخص الفريق هنا أمران: ألّا ينقلب شعار «لا لوم» حصانةً من الإهمال الجسيم ولا تنقلب المساءلة عقابًا يمنع الإبلاغ، وأن أقوى أداة لبناء هذه الثقافة أن **يعتذر الأقدم عن خطئه أمام فريقه**؛ فالناس يقلّدون ما يرونه لا ما يُقال لهم. وأخيرًا: الزمالة ليست مسوّغًا للاطلاع على ملف زميل بدافع الاطمئنان؛ فمن أراد الاطمئنان سأل صاحب الشأن، ولا يفتح سجلًا بلا دور علاجي، وتفصيله في الفصل السابع.[9]

القسم الثاني: التشاوروحل الخلاف ولجان الأخلاقيات

لماذا يهمك هذا القسم في عملك؟

أعطاك القسم الأول أدوات الخلاف داخل الفريق: الاعتراض المتدرج، والنصيحة السرية، والبلاغ الموصوف. لكن سيأتيك يوم لا يكفي فيه ذلك كله، لأن الخلاف ليس مع زميل بل حول المريض نفسه: أسرة تطلب إخفاء التشخيص عن مريضها، أو خطة علاج تبدو لك بلا فائدة، أو مريض يرفض علاجًا منقذًا ولا أحد يتأكد من أهليته.

والسؤال حينئذ: إلى من أذهب حين يعجز الفريق عن الحسم؟ وهل يحق لي أصلًا أن أذهب؟ هذا القسم يجيب عن ذلك. وخلاصته المبكرة: الإحالة إلى خدمة الأخلاقيات ليست علامة فشل، بل إجراء جودة حين تصير القيمُ أو السلطة أو عدم اليقين عائقًا للرعاية. [10] وكلما تأخرت حتى تنهار الثقة أو يُرفع تهديد قانوني، صارت الوساطة أصعب.

أولًا: شخّص نوع الخلاف قبل أن تتصرف

أكبر خطأ أن تعالج خلافًا بالأداة الخطأ. والخلاف خمسة أنواع:

- **معرفي** حول التشخيص أو التنبؤ -علاجه رأيٌ ثانٍ وتحديث الوقائع.
- **تواصلي** بسبب رسالة متناقضة أو غياب مترجم -علاجه توحيد الرسالة والاستماع.
- **قيمي** حول معنى المنفعة أو الكرامة أو الدين -علاجه المداولة الأخلاقية.
- **سلطوي** حول من يقرر -علاجه تقييم الأهلية والوكالة والنص (وتفصيل الأهلية وترتيب الأولياء في الفصل الخامس).
- **شكوى** عن سوء سلوك أو خطأ -علاجه مسار حقوقي أو مهني مستقل.

فإذا كانت الحقيقة الطبية نفسها غير مكتملة، **لا تُعالَج بلغة أخلاقية**؛ تُصحَّح أولًا برأي تخصصي موثق، ثم يبدأ وزن القيم.

ثانيًا: ميّز بين الجهات -فكل خلط هنا يضر

استشارة الأخلاقيات السريرية استجابة منظمة لحالة محددة، ولا تتخذ القرار عن المريض أو الطبيب ولا تصدر حكمًا تأديبيًا.[11، 12] **لجنة الأخلاقيات السريرية** تتولى الحوكمة والسياسات والتعليم، وليست محكمة داخلية.[13] **لجنة أخلاقيات البحث** جهة ترخيص للأبحاث على المخلوقات الحية، لا تُرسَل إليها حالة علاجية لمجرد أن موضوعها «أخلاقي».[14] وتفصيل أخلاقيات البحث في الفصل الثامن والأربعين. **لجنة السلوك** تحقق وتؤدب، ولا يجوز أن تُستعمل الاستشارةُ السرية طريقًا مختصرًا لإثبات الذنب. **والشؤون القانونية** تفسر النظام، لكنها لا تحدد وحدها ما هو أخلاقي؛ فالمسموح قانونًا قد يبقى محل موازنة.

قاعدة الاختصاص: يجوز أن تتعاون الجهات في الحالة الواحدة، ولا يجوز أن تتبادل صلاحياتها خفيةً. فقبل أي اجتماع يحق لك أن تعرف: من حضر؟ بأي صفة؟ أي سجل يُكتب؟ من يطّلع عليه؟ وهل الغرض استشاري أم تحقيقي أم تأديبي؟

ثالثًا: من يحق له طلب الاستشارة؟ أنت أيضًا

يُفتح باب الإحالة للمريض، أو ممثله، أو الأسرة، أو الطبيب، أو التمريض، أو الصيدلي، أو المهن المساندة. **ولا يُشترط إذن الطبيب المعالج ولا رئيس القسم** لفتح الاستشارة؛ بل يُبلَّغ ويُشارك.[15] ويُحظر الانتقام من الإحالة حسنة النية، وتُحاسَب الإحالة الكيدية عبر مسار منفصل.

ولكي تكون إحالتك مفيدة، **لا تكتب «الأسرة صعبة»**. اكتب: ما القرار أو الخلاف الذي يحتاج مساعدة الآن؟ ومتى يجب اتخاذ القرار وما الضرر إن تأخر؟ وما التشخيص والخيارات والأهلية وممثل القرار وما جُرِّب؟ ومن يجب أن يُسمع؟ وهل يوجد إنقاذ عاجل أو عنف أو إكراه أو انتهاك سرية؟

رابعًا: مسار الاستشارة في سبع خطوات

الاستقبال والفرز، ثم صياغة السؤال، ثم جمع الوقائع، ثم تحليل الأركان الأربعة، ثم الاجتماع والوساطة، ثم التوصية والخطة، ثم المتابعة والإغلاق.[16، 17] ويقوم الفرز على **أثر التأخير لا على انفعال طالب الإحالة**: فالخطر الفوري يُعالَج إسعافيًّا ويُستدعى المستشار بالتوازي، والإجراء غير العاجل المبني على أهلية مشكوك فيها يمكن تعليقه زمنًا قصيرًا حتى يكتمل التقييم. وقاعدة حاسمة: **لا تتحول الاستشارة إلى سبب لتأخير إنقاذ لازم**.

خامسًا: تدرّج حل الخلاف داخل الفريق

يبدأ بتصحيح المعلومات وإحضار مترجم واجتماع الطبيب المسؤول وتحديد الأهداف. فإن بقي خلاف قيمي أو سلطوي، فرأيٌ طبي ثانٍ وتوحيد رسالة الفريق. فإن استمر النزاع بعد وضوح الطب، فاستشارة أخلاقية ووساطة. فإن تعذر الاتفاق أو ظهر عيب إجراء، فمراجعة لجنة موسعة أو قيادة أو فقه أو قانون مستقل. فإن استُنفدت الوساطة وبقي حق أو ضرر جسيم، فتظلم أو نقل مسؤول أو نقل مريض آمن أو جهة مختصة.[18]

وفي أثناء ذلك كله **لا يبقى المريض بلا رعاية**: يُحدَّد ما يستمر من علاج أساسي، وما يؤجَّل لأنه غير عاجل، ومن يراقب التدهور، ومتى تُعاد الدعوة. ولا تُستعمل الخطة المؤقتة لفرض أمر واقع لا يمكن الرجوع عنه.

الأساس الشرعي

هنا مفتاح المسألة. فالستر المحمود يصون الكرامة ويمنع نشر الهفوة، لكنه **لا يُعطّل إزالة ضررٍ متعدٍّ**؛ فالستر المشروع في حق يخصّ صاحبه، والخطر هنا يقع على ثالثٍ لم يأذن ولا يعلم.

وفرّق بدقة: **الستر** ألّا تُشيع الهفوة، **والكتمان** ألّا تُبلَّغ الجهة المخوَّلة. الأول محمود دائمًا؛ والثاني كتمانٌ لا يقرّه واجب النصيحة وإزالة الضرر إذا استمر الخطر، وهذا تنزيلٌ يختاره المؤلف بناءً على عموم الأدلة لا على نصٍّ خاص بالمسألة. وقد فرّق أهل العلم في باب الستر بين من كانت هفوته قاصرة على نفسه فالستر عليه أولى، ومن تعدّى ضرره إلى غيره فرفع أمره إلى من يملك دفعه مقدَّم. **فمن أبلغ الجهة المختصة ولم يُشِع بين الناس فقد سترو أبلغ معًا**، وهذا هو الجمع الصحيح.

ويؤصل ذلك قوله تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَن تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَى أَهْلِهَا﴾، وقوله: ﴿إِن جَاءَكُمْ فَاسِقٌ بِنَبَإٍ فَتَبَيَّنُوا﴾، وقوله: ﴿لَا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّن قَوْمٍ﴾.[19] وفي حديث «من رأى منكم منكرًا فليغيّره بيده، فإن لم يستطع فبلسانه، فإن لم يستطع فبقلبه» أصلٌ دقيق يُستفاد منه **أن الواجب يتدرج بالقدرة والصلاحية**؛ فليس على المقيم ما على الاستشاري، وليس على الاستشاري ما على المدير.[20] وفي السنن: «من تطبب ولم يُعلم منه طب فهو ضامن»، ويُفهم منه أن الملام ليس من عجز، بل **من عجزوكتم**.[21]

وقد نص **قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 142 (8/15)** في ضمان الطبيب على أنه «إذا قام بالعمل الطبي الواحد فريق طبي متكامل، فيُسأل كل واحد منهم عن خطئه... ويكون رئيس الفريق مسؤولًا مسؤولية تضامنية عن فعل معاونيه إذا أخطأ في توجيههم أو قصّر في الرقابة عليهم».[22] ونصّت فقرته الخامسة على مسؤولية المؤسسة إذا قصّرت في التزاماتها أو أصدرت تعليمات ترتب عليها ضرر بلا مسوّغ. ويُستفاد من القرار أن المسؤولية **موزعة لا منقولة**: لا يُعفى المنفّذ بأنه مأمور إذا كان يعلم الخطر ويملك التنبيه، ولا يُعفى المشرف بأنه أسنَد. وتفصيل أحكام الضمان وأنواع المسؤولية في الفصلين العاشر والحادي عشر.

ويمتد الأصل نفسه من الفريق إلى التشاور واللجان، ويُضاف إليه أصل الشورى: ﴿وَأَمْرُهُمْ شُورَى بَيْنَهُمْ﴾، وأصل الرجوع إلى المختص: ﴿فَاسْأَلُوا أَهْلَ الذِّكْرِ إِنْ كُنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ﴾، مع أداء الأمانة والحكم بالعدل في الآية المتقدمة. [19] وفي الحديث: «المستشار مؤتمن»؛ فالمشورة أمانة علم وسر وبيان، لا وجاهة.

والحكم على النازلة فرع عن تصورها. فلا يستقل الفقيه بتقدير احتمال طبي لم يتصوره، ولا يستقل الطبيب بحكم شرعي لم يحقق دليله. والخطأ الشائع أن يُسأل الفقيه سؤالًا موجَّهًا -«هل يجوز إيقاف العلاج العبثي؟» -قبل بيان ما العلاج، وما النفع، ومن قدّره، وما البدائل.

وقد قرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم 67 (5/7)** بشأن العلاج الطبي أن «الأصل في حكم التداوي أنه مشروع». وقرر أن تقدير الحالة الميؤوس منها يكون «بحسب تقدير الأطباء وإمكانات الطب المتاحة في كل زمان ومكان وتبعًا لظروف المرضى».[23] وفي **القرار رقم 17 (5/3)** بشأن أجهزة الإنعاش جعل المدار على حكم الأطباء الاختصاصيين الخبراء، وأجاز رفع الأجهزة بعد تحقق الوفاة بمعيارها.[24] وفي اعتبار موت الدماغ وفاةً شرعية خلافٌ معتبر بين المعاصرين، تفصيله في الفصل الخامس والأربعين. وهذان قراران في معيار الوفاة والتداوي، فلا يُخلطان بأمر عدم الإنعاش قبل الوفاة.

وأخيرًا، فالذي يقرره المؤلف أن الاجتهاد الجماعي لا يلغي المسؤولية، في الفريق كما في اللجنة: فإذا اتفقت اللجنة لم يصر الخطأ صوابًا لمجرد العدد، وإذا اختلفت لم يجز إخفاء الرأي المعتبر؛ وهو الوجه الآخر لقاعدة «المسؤولية موزعة لا منقولة» المتقدمة.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
نظام مزاولة المهن الصحية، المادة (2)	من شروط الترخيص: المؤهل والتدريب الإجباري وتوافر اللياقة الصحية والتسجيل لدى الهيئة
المادة (9)	تحظر -في غير الضرورة -عملًا يجاوز الاختصاص أو الإمكانات
المادة (15)	التشخيص بالعناية اللازمة، والاستعانة بمن تستدعي الحالة الاستعانة بهم
المادة (17)	تنبيه المريض أو ذويه إلى ضرورة استشارة ممارس آخر، والموافقة على الاستعانة به إذا طلبوه
المادة (21) والمادة (31)	سرية معلومات المريض واستثناءاتها، والإخلال بالواجبات وأصول المهنة سبب للمساءلة التأديبية
المادة (27)	من صور الخطأ المهني: الجهل بأمور فنية يُفترض الإلمام بها، والتقصير في الرقابة والإشراف، وعدم استشارة من تستدعي

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

	حالة المريض الاستعانة به
المادة (28)	تجرّم مزاولة المهنة دون ترخيص
اللائحة التنفيذية، الفقرة (2-8)	العمل وفق جدول الصلاحيات والامتيازات الإكلينيكية المعتمد، وعلى جهة العمل إبرازه كتابيًا
نظام العمل، المادة (1/61)	معاملة العمال بالاحترام اللائق، والامتناع عن كل قول أو فعل يمسّ كرامتهم أو دينهم
نظام مكافحة جريمة التحرش، المادة (5)	إلزام الجهات بآلية تلقّي الشكاوى داخل الجهة، وإجراءات التأكد من صحتها بما يحافظ على سريتها
نظام حماية البيانات الشخصية، المادة (23)	«قصر حق الاطلاع على البيانات الصحية... على أقل عدد ممكن من الموظفين... وبالقدر اللازم فقط»
نظام حماية البيانات الشخصية، المادتان (19) و(41)	إجراءات حماية البيانات، والمحافظة على الأسرار حتى بعد انتهاء العلاقة
نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية	اللجنة المحلية جهة ترخيص للبحث، ويُمنع البحث قبل استكمال إجراءاته

وفي هذه النصوص حدّان دقيقان. الأول: نطاق نظام حماية المبلّغين والشهود والخبراء والضحايا محدد في مادته الأولى بالجرائم الكبيرة الموجبة للتوقيف؛ فلا يصح القول إن كل بلاغ جودة أو خلاف وظيفي داخلي يكتسب حمايته آليًّا. [25] وحماية البلاغات الداخلية تنص عليها سياسة المنشأة وأنظمة العمل.

والثاني: المادة (27) تتعلق أساسًا بالاستشارة المهنية التخصصية التي تقتضيها الحالة. [26] فلا يصح الادعاء بأن كل معضلة يجب نظامًا أن تُعرض على لجنة أخلاقيات؛ دور اللجنة يكمل واجب الاستشارة ولا يستبدل الرأي الطبي التخصصي. وليس في النصوص ما يجعل توصية اللجنة حكمًا قضائيًا أو فتوى ملزمة أو أمرًا طبيًا؛ قوتها من صحة الإجراء والتوثيق.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
وجوب أداء الأمانة والحكم بالعدل، والتبيّن قبل الحكم على الخبر، وتحريم السخرية من الزملاء، والشورى، والرجوع إلى أهل الذكر	نص قطعي	آيات النساء والحجرات والشورى والنحل [19]
تدرّج واجب إنكار المنكر بالقدرة والصلاحية	نص نبوي، وتنزيله	حديث «من رأى منكم منكرًا»

(المقيم، فالاستشاري، فالمدير)	على مراتب الفريق اجتهاد المؤلف	[20]
المشورة أمانة علم وسروبيان	نص نبوي	حديث «المستشار مؤتمن»
ضمان من مارس الطب بلا علم	قول راجح مستند إلى حديث السنن	حديث «من تطبب ولم يُعلم منه طب فهو ضامن» [21]
مسؤولية كل عضو في الفريق عن خطئه، والمسؤولية التضامنية لرئيس الفريق عند الخطأ في التوجيه أو التقصير في الرقابة، ومسؤولية المؤسسة إذا قصّرت أو أصدرت تعليمات ضارة بلا مسوّغ	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار رقم 142 (8/15) وفقرته الخامسة [22]
الأصل في التداوي المشروعية، وتقدير الحالة الميؤوس منها إلى الأطباء بحسب إمكانات الطب وظروف المريض	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار رقم 67 (5/7) [23]
المدار في أجهزة الإنعاش على حكم الأطباء الاختصاصيين، وجواز رفعها بعد تحقق الوفاة	قرار مجمعي (مع خلاف معتبر في معيار موت الدماغ)	القرار رقم 17 (5/3) [24]
الحكم على النازلة فرع عن تصورها: يسبق التصويرُ الطبي التكييفَ الفقهي	قاعدة أصولية متفق عليها	القاعدة الأصولية، وتنزيلها على الاستشارة اجتهاد المؤلف
التفريق بين الستر المحمود والكتمان غير المشروع عند استمرار الخطر على المرضى	اجتهاد المؤلف	تنزيل على عموم أدلة النصيحة وإزالة الضرر [20]
المسؤولية موزعة لا منقولة: لا يُعفى المنفّذ بأنه مأمور ولا المشرف بأنه أسنَد، ولا يرفع الاجتهادُ الجماعي مسؤوليةَ الفرد ولا يسوّغ إخفاء الرأي المعتبر	اجتهاد المؤلف مبني على القرار المجمعي	القرار رقم 142 (8/15) [22]، وتنزيل قواعد الأمانة والعدل على عمل اللجان

أين يقع الخطأ عادةً؟

• **التصوير بالهاتف «للاحتفاظ بالدليل»:** لا يسوّغ حفظُ الدليل تصويرَ مريض أو شاشة أو واقعة نزاع خارج السياسة؛ فمن صوّر واقعةً ليحتفظ بها قد يجد نفسه هو المخالف نظاميًّا.

• **إشاعة البلاغ بين الزملاء:** غيبةٌ وإفسادٌ للتحقيق معًا. والبلاغ الشفهي يضيع؛ فوثّق ما أبلغت به ومتى ولمن.

• **معالجة شكوى التحرش بنقل المشتكي:** يعاقب المتضرر ويُبقي مصدر الخطر.

• الخلط بين المسارات والاختصاصات: بلاغُ السلامة، وتقييمُ الكفاءة واللياقة، والمسارُ التأديبي ثلاثةٌ منفصلة؛ وخلطها يُفسدها جميعًا، فيتحول التقييم إلى تحقيق ويتحول البلاغ إلى اتهام. ومن الصورة نفسها أن تُستعمل جلسة الاستشارة تحقيقًا تأديبيًا أو بديلًا عن لجنة أخلاقيات البحث.

• تأخير الإحالة حتى انهيار الثقة أو حتى دقائق قبل الإجراء؛ فكلما تأخرت الوساطة صعبت.

• **غياب صوت المريض:** يتحدث الجميع عنه ولا يسمعه أحد. والترتيب الهرمي ليس ترتيبًا أخلاقيًا.

• **التوافق القسري** الذي يخفي الرأي المخالف. وعدم الاتفاق ليس دائمًا فشلًا.

• **لجنة زخرفية** بلا ميثاق ولا وقت محمي ولا مؤشرات.[27]

خلاصة عملية

في الفريق: قبل كل مناوبة اسأل نفسك خمسة: كم ساعة نمتُ في آخر أربع وعشرين ساعة؟ هل آخذ دواءً يؤثر في اليقظة؟ هل يشغلني ظرف شخصي؟ هل تكررت مني أخطاء صغيرة مؤخرًا؟ وهل أستطيع قيادة سيارتي الآن بأمان؟ فمن كان جوابه «لا» فأبلغ قائد المناوبة واطلب تعديل المهام عالية الخطورة، ولا تعتمد على تقديرك وحدك؛ فمن أعراض الإنهاك أن يُضعف إدراك صاحبه لعجزه. [28] وإذا وقع خلاف فتدرّج: حوارٌ مباشر محترم، ثم وساطة زميل أقدم محايد، ثم رفعٌ إلى رئيس القسم بوقائع موثقة، ثم الموارد البشرية أو الجودة، ثم استشارة أخلاقيات، ثم المسار النظامي. ويُقفز عن التدرج كله عند الخطر الفوري على مريض؛ فالتدرج لحلّ النزاع لا لتأجيل الحماية.

وفي التشاور خمس قواعد احفظها: تبدأ الاستشارة بتحديد السؤال لا بطلب حكم؛ ويسبق التصويرُ الطبي التكييفَ الفقهي والموازنةَ الأخلاقية؛ والتوصية استشارية بينما القرار العلاجي للمريض أو ممثله مع الفريق؛ والوصول إلى الخدمة حق للمريض وللتمريض لا امتياز للأعلى رتبة؛ وتُقاس الجودة بعدالة الإجراء لا برضا الأطراف ولا بقصر الإقامة. [29، 30]

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

تُعالج هنا ثلاث حالات: واحدة من عمل الفريق (التعثر)، واثنتان من التشاور واللجان (حق الإحالة، وتضارب الدور). وتُحلَّل كل حالة بأركانها الأربعة ثم تُختم بقرار مهني موزون. ثم يُلحق بها مبحثٌ في مواقف متكررة يكفيها جوابٌ مختصر.

الحالة الأولى: جرّاح تتكرر مضاعفاته

| **السيناريو.** يلاحظ فريق التخدير أن جرّاحًا محترمًا ذا خبرة طويلة تكررت لديه مضاعفات في نوعٍ محدد من العمليات خلال ستة أشهر، بمعدل يفوق زملاءه بوضوح. ولا توجد شكوى رسمية، ويتحدث الفريق عن الأمر في الممرات.

| **الركن الطبي.** الحالة مؤشر تعثّرٍ محتمل في مهمةٍ بعينها لا في الممارسة كلها، وهذا تمييز مهم. وما يجب تثبيته أرقامٌ مضبوطة بشدة الحالات وتعقيدها، لا انطباعٌ من مشاهدات متفرقة. فإن أُهمل الأمر استمر الضرر، وإن عُومل بالاتهام قبل التثبت ظُلم الجرّاح وأُفسد المسار. والبدائل: مراجعة نتائج منظمة، ومراقبة موجّهة، وتدريب مستهدف، وإشراف مؤقت في هذا الإجراء تحديدًا.

| **الركن الأخلاقي.** الحديث في الممرات ليس زمالة بل غيبةٌ وإفسادٌ للمسار؛ فالزمالة تقتضي الرفع لا الإشاعة. والخبرة الطويلة والاحترام لا يُعفيان من المراجعة، بل قد يجعلانها أصعب فتُؤجَّل. وللجرّاح حقٌّ في تقييمٍ محايد، وفي معرفة جوهر القلق، وفي الرد. والغاية إصلاحٌ لا إقصاء؛ فقد يكون السبب تقنيةً تحتاج تحديثًا أو مشكلةً صحية.

| **الركن الفقهي.** المقصد حفظ النفس للمرضى وحفظ العرض للجرّاح. وتحكمه قاعدة «الضرر يُزال»، وقاعدة «اليقين لا يزول بالشك» فلا إدانة بانطباع، وأصل التثبت في قوله تعالى: ﴿فَتَبَيَّنُوا﴾ [19]. وتحقيق المناط إثبات النمط بأرقام مضبوطة بشدة الحالات؛ فقبل ذلك لا مناط للحكم. أما التكييف فالستر في حقٍّ يخصّ صاحبه، وهذا خطرٌ متعدٍّ إلى مرضى فلا يُستر عن الجهة المخوَّلة؛ ومن أبلغ الجهة ولم يُشِع فقد جمع بين الستر والنصح. والذي أختاره في التنزيل أن هذا التفريق مبني على عموم أدلة النصيحة وإزالة الضرر لا على نصٍّ خاص بالمسألة [20].

| **الركن النظامي.** تُلزم اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية بالعمل وفق جدول الامتيازات الإكلينيكية المعتمد [31]، وتعدّ المادة السابعة والعشرون من النظام التقصير في الرقابة والإشراف من صور الخطأ المهني [7]. ويُفصل بلاغ السلامة عن تقييم الكفاءة عن المسار التأديبي. وأي تقييد احترازي يكون متناسبًا مؤقتًا موثقًا، مع حق الرد وخطة العودة. وتُوثَّق البيانات ومصدرها، وقرار المراجعة، وخطة الاستصلاح ومؤشراتها.

القرار المهني الموزون. يُوقَف الحديث غير الرسمي ويُنقل الأمر إلى القناة الرسمية، وتُطلب مراجعة نتائج منظمة مضبوطة بشدة الحالات لا مقارنة خام. ثم يُناقَش الجرّاح بسرية ويُطلَع على

المعطيات ويُسمع تفسيره، ويُحال إلى تقييم كفاءة في هذا الإجراء تحديدًا مع النظر في اللياقة إن ظهرت قرائن. وتُوضع خطة استصلاح: تدريب مستهدف، وإشراف مؤقت، ومؤشرات، وموعد مراجعة؛ ويُقيَّد الامتياز في هذا الإجراء مؤقتًا إن اقتضت المعطيات، بشرط عودة واضح. والركن المرجَّح المهني والنظامي معًا لوجود معيار امتيازات ومسار مؤسسي. واستُبعد الإقصاء لأن الغاية الاستصلاح، واستُبعد الصمت لأن الحديث في الممرات لا يحمي مريضًا ولا يُنصف زميلًا. ويُراجَع القرار عند اكتمال بيانات المراجعة وفي موعد المؤشرات المتفق عليه.

الحالة الثانية: ممرضة تطلب الاستشارة ويمنعها رئيس القسم

| **السيناريو.** سمعت الممرضة مريضًا قادرًا يرفض بوضوح عملية غير عاجلة، لكن الأسرة وقّعت الموافقة. وأبلغها رئيس القسم أن طلب استشارة الأخلاقيات لا يتم إلا عن طريق الاستشاري، وأن الاعتراض سيُعدّ تجاوزًا للتسلسل الإداري.

| **الركن الطبي.** يُوقف الإجراء غير العاجل حتى يتحقق الفريق من هوية الموافق وأهلية المريض وفهمه ورفضه؛ فموافقة الأسرة لا تستبدل المريض القادر. والتحقق من الأهلية تقييم سريري موثق لا انطباع، وتفصيله في الفصل الخامس.

| **الركن الأخلاقي.** للممرضة وكالة أخلاقية وواجب دفاع عن المريض، واعتراضها هو دورها لا تجاوز له. ومنع الإحالة يرسّخ تفاوت القوة ويفتح باب الانتقام. ويجب سماع المريض بلا ضغط؛ فغياب صوته وهو محور القرار أخطر ما في الحالة.

| **الركن الفقهي.** الأمانة ومنع الضرر واحترام الإنسان تقتضي بيان الرفض. والاستشارة شورى لا خروجٌ مذموم على المسؤول إذا كانت لحفظ حق. وحديث «من رأى منكم منكرًا فليغيّره» يجعل الواجب متدرجًا بالقدرة والصلاحية [20]، وقدرة الممرضة هنا الإحالة والتنبيه، وتنزيله على مراتب الفريق اجتهاد من المؤلف.

| **الركن النظامي.** يشترط نظام مزاولة المهن الصحية الرضا في الأصل وفق نصوصه ولائحته، وتلتزم المهنة بكرامة المريض [7]. وسياسة الوصول التي تمنع غير الطبيب من الإحالة تحتاج مراجعة؛ فباب الاستشارة مفتوح للمريض وممثله والأسرة وكل عضو في الفريق [15].

القرار المهني الموزون. تقبل الخدمة الإحالة مباشرة وتحمي الممرضة من الانتقام، وتُبلغ الطبيب المسؤول، وتتحقق من الأهلية والرفض وتوثّقهما. ولا تُفتح داخل الاستشارة تحقيقات تأديبية؛ لكن إذا ثبت تهديد أو إكراه أُحيل السلوك إلى مسار مستقل. وتُعدّل المنشأة سياسة الوصول لتسمح للمريض والأسرة وكل عضو في الفريق بالإحالة. واستُبعد سحب الإحالة تفاديًا للتصعيد لأنه يضحّي بحق المريض، واستُبعد تحويل الاستشارة إلى تحقيق ضد رئيس القسم لأن الاستشارة ليست تحقيقًا ذا ضمانات. ويُراجَع القرار إذا تبيّن أن المريض غير مؤهل لهذا القرار، أو كانت العملية طارئة لإنقاذ النفس وتعذّر الوصول إلى ممثل معتبر؛ فحينئذ يتغير أساس الموافقة وفق النظام والحالة، ولا يُفترض

ذلك لمجرد اختلاف المريض مع أسرته.

الحالة الثالثة: رئيس اللجنة هو الطبيب المعالج وصاحب الخطة المختلف عليها

| **السيناريو.** أحال ابن المريض اعتراضًا على علاج كيميائي ذي احتمال نفع ضعيف. ورئيس لجنة الأخلاقيات هو استشاري الأورام المعالج نفسه، ويريد رئاسة الاجتماع والتصويت حتى لا يتأخر العلاج.

| **الركن الطبي.** يحتاج الملف إلى عرض الاحتمالات والبدائل والرعاية التلطيفية، وربما رأي أورام مستقل. والطبيب المعالج مصدر حقائق مهم، لكنه طرف في القرار؛ وقبل الموازنة الأخلاقية يجب أن يكتمل التصوير الطبي من مصدر لا مصلحة له.

| **الركن الأخلاقي.** يوجد تضارب دور ظاهر قد يثبّط الأسرة ويُضعف الثقة في الخدمة. والإفصاح وحده قد لا يكفي إذا توفر بديل، والأرجح التنحي عن قيادة التحليل والتصويت. والخطر الأبعد أن يتحول الاجتماع إلى توافق قسري يخفي الرأي المخالف، ويُسكت صوت المريض والأسرة.

| **الركن الفقهي.** «المستشار مؤتمن»، والعدل يقتضي البعد عن مواضع التهمة ومراجعة أهل الخبرة: ﴿فَاسْأَلُوا أَهْلَ الذِّكْرِ﴾ [19]. ولا يمنع التنحي الطبيبَ من بيان الحقائق والدفاع العلمي عن خطته. والذي أختاره في التنزيل أن الاجتهاد الجماعي لا يلغي مسؤولية الفرد؛ فإذا اتفقت اللجنة لم يصر الخطأ صوابًا بالعدد.

| **الركن النظامي.** لا يمنع النظام الطبيب من حضور المشاورة، لكن ميثاق اللجنة يجب أن ينظّم تضارب المصالح. والقرار العلاجي يبقى للمريض أو ممثله بعد موافقة صحيحة، لا بتصويت اللجنة؛ فليس في النصوص ما يجعل توصية اللجنة أمرًا طبيًا [26].

القرار المهني الموزون. يُفصح الرئيس ويتنحى عن قيادة الاستشارة والتصويت، ويقود النائب أو مراجع خارجي. ويقدّم الطبيب رأيه وبياناته بوصفه طرفًا، ويُسمع المريض والأسرة، ويُطلب رأي مستقل إن لزم. ويُسجَّل التنحي في السجل الإداري، وتُكتب التوصية دون إيهام بأن اللجنة أجازت العلاج. واستُبعد استمراره في الرئاسة لأن العلم بالحالة لا يرفع التهمة، واستُبعد إلغاء الاستشارة كليًا لأن تعذر الحياد في شخص لا يُسقط حق الأسرة في الخدمة. فإن كانت المنشأة صغيرة ولا بديل، أُعلن التضارب وضُمّ مستشار خارجي أو عن بُعد، واقتصر دور الرئيس على الوقائع، مع مراجعة لاحقة. أما الطارئ الحقيقي فيُعالَج الخطر فيه بالتوازي، ولا تؤخره الاستشارة.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

ومن المواقف التي تتكرر في الفرق الصحية وفي عمل لجان الأخلاقيات ولا تحتاج تحليلًا مطولًا لأن جوابها حاسم:

• **زميل يبدو غير جاهز في مناوبة ويرفض أن يُبلِّغ أحد.** الجاهزية حالٌ متغيرة تُقاس بهذه المناوبة لا بالكفاءة العامة؛ فإذا اقترن الإرهاق بأخطاء واقعة انتقل الأمر من نصيحة إلى تصعيد. يُبلَّغ قائد المناوبة فورًا بلا انتظار إذن الزميل، وتُؤمَّن تغطية بديلة، ويُعفى من المهام عالية الخطورة، وتُراجع

الأخطاء الواقعة، ويُرتَّب منعه من القيادة حتى يتعافى، ثم يُراجع الجدول مؤسسيًا بوصفه خللًا في التصميم. الضابط: رفض الزميل لا يُسقط الواجب؛ لأن الحق هنا للمرضى لا له.

• **بلاغ ضد زميل يُنافسه، بلا وقائع محددة وفي توقيت مريب.** التوقيت قرينةٌ لا دليل؛ فلا يُهمل البلاغ لسوء الظن بصاحبه ولا يُقبل بلا بيّنة. تُطلب وقائع محددة -ماذا؟ ومتى؟ وما الأثر؟ -ويُلزَم المبلّغ بالإفصاح عن تنافسه، ويُفحص الأمر من جهة مستقلة عن القسم وعن لجنة الترشيح، ولا يُوقف ترشيح ولا يُشهَّر بأحد قبل ثبوت شيء، ويُغلق البلاغ بتوثيق سببه إن لم تُقدَّم وقائع. الضابط: حماية المبلّغ لحسن النية لا للكيد؛ والكيد إن ثبت مخالفةٌ مستقلة.

• **شكوى سلوكية تُذكر داخل جلسة استشارة سرية.** تفصل الخدمة المسارين فورًا: يوثَّق في سجل المريض أثر الخلاف على رعايته وخطة التواصل فقط، وتُحال الواقعة السلوكية بقناة آمنة إلى الموارد البشرية أو الجهة التأديبية المختصة بعلم المبلِّغة وفي حدود البلاغ الواجب، ولا تصدر اللجنة عقوبة ولا تثبت مخالفة. والضابط: الاستشارة ليست تحقيقًا ذا ضمانات، فلا تكون طريقًا مختصرًا لإثبات الذنب، ولا تُكتب في سجل المريض تفاصيل موظفين لا تخدم رعايته.

• **أسرة تطلب علاجًا غير مناسب استنادًا إلى واجب ديني.** يُعقد اجتماع بمترجم وفقيه مؤهل عند الحاجة، ويُقدَّم رأي ثانٍ مستقل، ويُوضَّح أن الرعاية والتلطيف مستمران وأن الامتناع عن تدخل بعينه ليس هجرًا للمريض، ويُكشف أثر ضغط الأسرّة أو التكلفة إن وجد. والضابط: قرار العلاج الطبي رقم 67 (5/7) يربط تقدير اليأس بحكم الأطباء وإمكانات الطب المتاح ولا يجعل كل علاج ممكن واجبًا؛ فإن بقي الخلاف طُبّق المسار المتدرج مع رأي ثانٍ ومسار تظلم ونقل آمن.

• **طلب عائلي بكتمان التشخيص عن مريض قادر.** يُسأل المريض نفسه عن قدر ما يريد معرفته ومن يريد إشراكه، ويوثَّق جوابه؛ فإن فوّض أسرته احتُرم تفويضه، وإن أراد المعرفة لم يجز حجبها عنه. والضابط: حق المريض القادر في معلومته أصل، ودافع الأسرة الشفيق يُحترم بوصفه سياق تواصل لا سلطة قرار؛ وتفصيل الأهلية والإذن في الفصل الخامس، والسر والخصوصية في الفصل السابع.

• **إحالة تصل قبل دقائق من إجراء غير عاجل.** يُعلَّق الإجراء غير العاجل زمنًا قصيرًا حتى تُستكمل الأهلية أو صفة الموافِق، بينما تستمر الرعاية الأساسية وتسكين الأعراض؛ أما الخطر الفوري فيعالَج بالتوازي ولا تؤخره الاستشارة. والضابط: الفرز على أثر التأخير لا على انفعال طالب الإحالة، والتأخر المتكرر خلل مؤسسي يعالَج بمحفزات إحالة مبكرة ومستشار مناوب معلن، لا بمنح أحد الأطراف سلطة مطلقة.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. في الجولة نبّهت ممرضة الطبيب المقيم إلى أن الجرعة المكتوبة لا تناسب وزن الطفل، فردّ أمام الفريق: «التزمي بعملك، هذا قرار الأطباء». ما التكييف الصحيح؟

أ) الردّ صحيح، فالجرعة قرار طبي ودور التمريض تنفيذه

ب) الردّ مقبول إذا كانت الجرعة صحيحة فعلًا بعد المراجعة

ج) يُقبل الاعتراض على أن تُقدّمه الممرضة كتابةً عبر رئيسة التمريض لا في الجولة

د) الردّ خطأ مزدوج: إسكاتٌ لحاجز سلامة هو دور الممرضة نفسه، وإساءةٌ علنية؛ والصواب شكر التنبيه والتحقق فورًا

2. رأيت زميلًا يمارس إجراءً خارج امتيازه السريري، وأبلغتَ المسؤول المباشر فلم يتخذ إجراءً. ما التصرف الصحيح؟

أ) الاكتفاء بالإبلاغ الأول، فقد أدّيت ما عليك

ب) نشر الأمر بين الزملاء للضغط على المسؤول

ج) التصعيد إلى القناة الأعلى أو الجهة المختصة، فالتسلسل أداة لحماية المريض لا حاجز يُحتمى به

د) مواجهة الزميل علنًا أمام الفريق

3. طُلب منك أن تصف في بلاغك عن زميل ما رأيت. أي الصياغتين صحيحة؟

أ) «أظنه مهملًا ويبدو أنه يتعاطى شيئًا يؤثر في تركيزه»

ب) «في مناوبة الأحد الساعة الثالثة فجرًا كرر سحب دواء بلا تحقق مزدوج مرتين، وتأخر عن نداء طارئ عشرين دقيقة»

ج) «الفريق كله متذمر من أدائه منذ شهور»

د) «يجب إيقافه فورًا عن العمل وإحالته إلى التحقيق»

4. مقيمٌ كُلِّف بما يجاوز امتيازه السريري فنفّذ، ثم وقعت مضاعفة. ما التكييف الأدق نظاميًّا؟

أ) لا مسؤولية على المشرف لأنه أسنَد المهمة لمن قَبِلها

ب) المسؤولية على المنشأة وحدها لأنها لم توفر كادرًا

ج) لا مسؤولية على المقيم لأنه مأمور

د) المسؤولية موزعة لا منقولة: يُسأل المنفّذ عن مباشرته، ويُسأل المشرف عن التقصير في الرقابة والإشراف بوصفه صورة مستقلة من صور الخطأ المهني

5. مريض في حالة خطر يحتاج تدخلًا خلال دقائق، وثار خلاف قيمي مع الأسرة. ما الترتيب الصحيح؟

أ) يُوقف كل تدخل حتى تصدر توصية اللجنة

ب) يُقدَّم العلاج الإسعافي في حدود النظام، ويُستدعى المستشار بالتوازي إن كان متاحًا

ج) يُنفَّذ ما تطلبه الأسرة لتجنب النزاع ثم تُراجع المسألة لاحقًا

د) تُستدعى الشؤون القانونية قبل أي تدخل سريري

مفتاح الإجابات

1) د • 2) ج • 3) ب • 4) د • 5) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1]Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, Tribes and Patient Safety: Overcoming Barriers to Effective Teamwork in Healthcare. Postgraduate Medical Journal. 2014;90(1061):149–.154

[2]Edmondson AC. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. Administrative Science Quarterly; and related Harvard Business School work.

[3]Federation of State Medical Boards. Policy on Physician Illness and Impairment.

[4]West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to Prevent and Reduce Physician Burnout. The Lancet. 2016;388(10057):2272–.2281

[5]General Medical Council. Raising and Acting on Concerns about Patient Safety.

[6]The Joint Commission. Sentinel Event Alert on Behaviors that Undermine a Culture of Safety.

[7] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 1426/11/3هـ.

[8] المملكة العربية السعودية. نظام العمل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/51) وتاريخ 1426/8/23هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/44) وتاريخ 1446/2/8هـ بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (117) وتاريخ 1446/2/2هـ، النافذ من 1446/8/20هـ الموافق 19 فبراير 2025م.

[9] المملكة العربية السعودية. نظام حماية البيانات الشخصية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 1443/2/9هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 1444/9/5هـ، ولا سيما المادة الثالثة والعشرون.

[10]Doran E, Kerridge I, Jordens C, Newson AJ. Clinical Ethics Support in Contemporary Health Care: Origins, Practices, and Evaluation. The Oxford Handbook of Health Care Management. OUP; 2016. الرابط

[11]American Society for Bioethics and Humanities. Core Competencies for Healthcare Ethics Consultants, 3rd ed. الرابط

[12]AMA Code of Medical Ethics. Opinion 10.7.1Ethics Consultations: training, process, confidentiality and advisory support. الرابط

[13]UNESCO. Guide No. 1: Establishing Bioethics Committees. Paris; 2005. الرابط

[14] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، المرسوم الملكي م/59 في 1431/9/14هـ وقرار مجلس الوزراء 321 في 1431/9/13هـ. الرابط

[15]Beth Israel Deaconess Medical Center. Ethics Consultations for Patients & Families : الوصول، والعمل التعاوني، وحدود السلطة. الرابط

[16]Harvard Medical School Center for Bioethics. Harvard Ethics Consultation Skills Course: intake, question formulation, stakeholders, meetings, analysis and documentation. الرابط

[17]U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for Ethics in Health Care. ECWeb/CASES approach: Clarify, Assemble, Synthesize, Explain, Support. الرابط

[18]Bosslet GT, et al. An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in ICUs. 2015. الرابط

[19] القرآن الكريم.

[20] مسلم بن الحجاج. صحيح مسلم (ومنه حديث «الدين النصيحة» برقم 55، وحديث «من رأى منكم منكرًا» برقم 49). بيروت: دار إحياء التراث العربي.

[21] أصحاب السنن. حديث «من تطبب ولم يُعلم منه طب فهو ضامن».

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

[23] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م. الرابط

[24] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش، عمّان، 8–13 صفر 1407هـ / 11–16 أكتوبر 1986م. الرابط

[25] المملكة العربية السعودية. نظام حماية المبلّغين والشهود والخبراء والضحايا، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 1445/8/8هـ وقرار مجلس الوزراء رقم (629) وتاريخ 1445/8/3هـ، ولائحته التنفيذية الصادرة بقرار مجلس الوزراء رقم (892) وتاريخ 1447/12/2هـ.

[26] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي م/59 في 1426/11/4هـ، وقرار مجلس الوزراء 276 في 1426/11/3هـ. الرابط

[27]Fox E, Danis M, Tarzian AJ, Duke CC. Health care ethics programs in U.S. Hospitals: results from a National Survey. 2021. PMID 34325688. الرابط

[28]Tawfik DS, Scheid A, Profit J, et al. Evidence Relating Health Care Provider Burnout and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-analysis. Annals of Internal

Medicine. 2019;171(8):555–.567

[29]Bliss SE, et al. Measuring Quality in Ethics Consultation. J Clin Ethics. 2016;27(2):163–175. PMID 27333066. الرابط

[30]Yoon NYS, et al. Evaluating assessment tools of the quality of clinical ethics consultations: systematic scoping review. BMC Med Ethics. 2020;21:51. الرابط

[31] اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، ولا سيما الفقرة (2-8) في الصلاحيات والامتيازات الإكلينيكية.

[32] المملكة العربية السعودية. نظام مكافحة جرائم المعلوماتية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/17) وتاريخ 1428/3/8هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (79) وتاريخ 1428/3/7هـ.

أخلاقيات التعليم الطبي والتدريب

Chapter 14 -Ethics of Medical Education and Training

كل «لا» تعني توقفًا وتصحيحًا، لا مضيًّا بحسن نية.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

هذا فصلك أنت. فأنت المتدرب الذي يتحدث عنه، وأنت من سيُطلب منه بعد سنوات قليلة أن يُشرف على غيره.

والتعليم الطبي **عقد ثقة ثلاثي**: مريضٌ يقبل أن يتعلم عليه من لا يعرفه، ومتدربٌ يقبل أن يُقيَّم ويُصحَّح، ومؤسسةٌ تضمن أن التعلم لا يقع على حساب السلامة. وحين يختل أحد أضلاع هذا العقد يُدفع الثمن مرتين: مريضٌ يُؤذى، ومتدربٌ يتعلم أن الصمت أسلم من طلب المساعدة.

القاعدة الأولى: الإسناد بالكفاءة لا بالسنة التدريبية

المبدأ المعاصر أن تُسنَد المهمة **بعد تحقق كفاءتك في تلك المهمة وذلك السياق**، لا بمجرد انقضاء أشهر من البرنامج.[1] فتقدمك الزمني لا يساوي كفاءتك في كل إجراء. ويتأثر قرار الإسناد بخمسة عناصر: **المتدرب** (المعرفة والمهارة والوعي بالحدود والصدق في طلب المساعدة)، و**المهمة** (تعقيدها واحتمال الخطأ وإمكان الرجوع عن الضرر)، و**المريض** (استقراره وهشاشته وتفضيلاته)، و**المشرف** (خبرته وتوافره وسرعة وصوله)، و**البيئة** (الضغط والليل والطوارئ ووضوح البروتوكول).

ولذلك يتدرج الإشراف: **مباشر** (المشرف حاضر ويرى الإجراء الحاسم) لأول إجراء وللفحص الحميم وللمريض غير المستقر؛ ثم **غير مباشر قريب** (داخل المنشأة ويمكنه الحضور فورًا) لمهام أتقنتها مرات موثقة في مريض مستقر؛ ثم **متاح عن بعد** مع خطة تصعيد؛ ثم **مراجعة لاحقة** -ولا تُستخدم الأخيرة أبدًا للمهام التي قد يسبب تأخير التدخل فيها ضررًا جسيمًا.[2]

والإشراف المناسب **ديناميكي**: ينتقل من غير مباشر إلى مباشر عند تغير حالة المريض، أو فشل المحاولة الأولى، أو تغير التقنية، **أو شعورك أنت بعدم الأمان**.[2]

حدودك بوصفك طالبًا أو مقيمًا

لا يوقّع الطالب بصفة طبيب، ولا يصدر وصفة ولا قرار خروج ولا موافقة علاجية مستقلة. ويستطيع أن يجمع المعلومات ويقترح خطة ويتدرب تحت الإشراف، **بشرط أن يراجع المسؤول البيانات قبل أن تُبنى عليها الرعاية**.[3]

وأما المقيم فطبيبٌ يمارس داخل برنامج، لكن استقلاله متدرج. ولا يصح أن يُقال للمريض «الطبيب سيجري العملية» ثم يُترك الجزء الحاسم لمتدرب لم يُذكر دوره؛ كما لا يصح أن يُحرم المتدرب المؤهل من فرصة آمنة بسبب خوف المشرف من التعليم. **والتوازن هو تفويض صريح محدود**: المهمة، وحدودها، ونقطة الاتصال، ومؤشرات إيقافها، وخطة الإنقاذ.

متى تصعّد فورًا؟ عند تدهور العلامات الحيوية، أو فشل المحاولة الأولى إذا كان تكرارها يزيد الضرر، أو تجاوز الإجراء خبرتك، أو عدم فهم المريض لهوية المنفذ أو سحبه موافقته، أو اختلاف جوهري بين خطتك وخطة المشرف، **أو شعورك بأنك غير آمن -ولو ظن المشرف أنك «ينبغي أن تعرف»**.

الإذن يتدرج بحسب النشاط

قبولُ المشاهدة لا يعني قبول الفحص، وقبول أخذ القصة لا يعني قبول إجراء متكرر. فالجولة العامة تحتاج تعريفًا مسبقًا وموافقة واضحة مع تقليل العدد؛ والفحص العام غير الحميم موافقةً شفوية بعد شرح دورك؛ **والفحص الحميم أو التناسلي إذنًا صريحًا محددًا** وسياسة مرافق مهني وأعلى درجات الستر -لا يُفترض من نموذج عام ولا يُكرر للتعليم بلا حاجة وموافقة. والإجراء الغازي يذكر ضمن إذنه صفةَ المنفذ المتوقع وإشرافه، **وعدم إخفاء كونه متدربًا**. والفحص تحت التخدير يحتاج إذنًا صريحًا سابقًا يذكر الفحص التعليمي ومن قد يجريه -**فلا موافقة بعد فقد الأهلية، ولا تغطية بعبارة «أي إجراءات لازمة»**.[4] والتصوير للتعليم يحتاج إذنًا منفصلًا يحدد الغرض والجمهور والحفظ والمدة وإمكان الانسحاب.

وتفصيل أحكام الإذن وشروط الموافقة المستنيرة في الفصل الخامس؛ وما يخصك هنا أن الإذن يتدرج بحسب النشاط التعليمي كما سبق.

وحين تعرّف بنفسك قل بوضوح: «أنا طالب طب في السنة... وأعمل مع الدكتور...». **وإخفاء صفتك أو تقديم المقيم بصفته الاستشاري خداع** ولو كان الهدف تجنب

الرفض.[3] واسأل الإذن قبل كشف المريض لا بعده، وبصيغة محايدة: «وجود الطالب اختياري، وسيبقى علاجك كما هو إن رفضت».

أخطاء تقع في التعليم فتظلم المريض والمتدرب

• **تكرار المحاولات المؤلمة** لتوفير فرصة لكل طالب. المبدأ: ابدأ بالأقل ضررًا، وتدرج، وراقب، **وتوقف مبكرًا**. وعلى المشرف أن يحدد عدد المحاولات مسبقًا وأن يتسلم عند بلوغ الحد.[5]

• **العدالة الزائفة:** أن يتركز التعليم على الفقراء أو من لا يتكلمون لغة الفريق لأنهم أقل قدرة على الرفض -فمنفعة التدريب للجميع وعبؤه على الأضعف.

• **المنهج الخفي:** يقول المنهج الرسمي «احترم المريض وأفصح عن الخطأ»، ويقول الخفي «وقّع بسرعة، ولا تعترض على الاستشاري، ولا تذكر الخطأ». ومن علاماته: وصف طلب المساعدة بالضعف، ومكافأة من يعمل وهو منهك بوصفه «أكثر التزامًا»، وتجاهل صاحب السلوك السيئ لأنه جراح ماهر.[6]

• **إخفاء المتدرب عدمَ خبرته** خوفًا من التقييم؛ فالبيئة التي تعاقب طلب المساعدة تُنتج خطأً يمكن توقعه.

حق المريض في أن يقول «لا» للطالب -وكرامتك أنت في المقابل

رفض المريض حضورك أو فحصك حقٌّ لا يحتاج تبريرًا. فإذا قال المريض «لا أريد طالبًا» فاخرج فورًا مع الشكر، بلا مناقشة ضاغطة ولا نظرة عتاب، ويستمر موعده بوقته وجودته نفسها، ويُسجَّل الرفض بلا وصم ولا بصيغة توحي بأنه رفض العلاج. وعبارة «هذا مستشفى تعليمي فلا يحق لك الرفض» **إكراه ممنوع**؛ فمصلحة التعليم عامة، ولا تنشئ حقًا في هذا المريض بعينه، وخبرتك تُعوَّض بمريض آخر أو بالمحاكاة. وللمريض كذلك أن يطلب خروج بعض الحاضرين، أو إيقاف النشاط في منتصفه، وأن يُسأل في وقت يسمح باختيار حر -لا بعد كشفه أو تخديره أو ازدحام الغرفة حوله. ولا تُكرَّر عليه الفحوص لمجرد توافره، خصوصًا إذا كان متألمًا أو طفلًا أو في مخاض أو فاقد الأهلية. وتذكّر أن الخصوصية سبب متكرر للرفض، وأن المرضى يفضّلون إبلاغهم مسبقًا بوجود الطالب ودوره -فالتعريف المبكر يقلل الرفض أكثر من الإلحاح.[7]

وفي المقابل، لكرامتك حقٌّ لا يسقط بصفة «طالب». فالمشرف قد يوقفك أمام المريض حمايةً للسلامة، ثم يشرح لك ذلك باحترام؛ لكنه لا يملك تحويل التصحيح إلى

سخرية أو تهديد. والإكراه على كشف جسدك للزملاء في دروس المهارات، والتعليقات الجنسية، واللمس غير المهني، والمساومة بالتقييم، ليست «أسلوبًا تعليميًا قاسيًا» بل قد تكون مخالفة جسيمة أو جريمة. ونظام مكافحة جريمة التحرش يشدّد حين تقع في مكان العمل أو الدراسة أو ممن له سلطة مباشرة أو غير مباشرة على المجني عليه.[8] ولا يسوغ في الأعراف المهنية المعتبرة إلزامك بالتدرب على أجساد زملائك في المهارات الحميمية مقابل الحضور أو الدرجة؛ فسلطة الدرجات تفسد الرضا، والبديل المحاكاة أو المريض المعياري.[9]

وإذا تعرضتَ لإساءة فاعرف أن على مؤسستك واجباتٍ محددة: قناة إبلاغ تحفظ السرية، وإجراء سريع للحماية، **وفصل التحقيق عن تقييمك الأكاديمي**، ومنع الانتقام، وألّا تُلزَم بمواجهة المعتدي مباشرةً إذا كان ذلك يعرضك للخطر. ولا يُستعمل التقييم أداةً لإسكات من أبلغ عن خطر أو تحرش. وحين تصير مشرفًا بعد سنوات، فهذه القائمة نفسها هي واجباتك أنت.

التقييم العادل والأمان النفسي

التقييم سلطة لها أثر طويل، فينبغي أن يكون صالحًا وموثوقًا وشفافًا ومتعدد الأدوات والملاحظين وتعليميًّا وقابلًا للمراجعة وحساسًا للتحيز. **والمعيار الجيد يصف فعلًا** -«لم يبلغ عن نتيجة حرجة رغم تنبيهين» -**لا هوية**: «غير ناضج». ويُسمح لك بالاطلاع والرد، **ولا يتخذ مقيّم واحد قرار الرسوب أو الفصل**.[10]

والتدريب صعب بطبيعته لكنه لا يحتاج إلى إذلال، كما سبق في حدود التصحيح أمام المريض. **والأمان النفسي ليس غياب المساءلة**، بل قدرتك على قول: «لا أعرف»، و«أحتاج مساعدة»، و«أخشى وجود خطأ» -دون خوف غير مشروع.

الأساس الشرعي

عدّ الفقهاء تعلّم الطب وتعليمه من **فروض الكفايات** التي تحفظ النفس والعقل والنسل، ويُستدل له بقوله تعالى: ﴿فَاسْأَلُوا أَهْلَ الذِّكْرِ إِنْ كُنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ﴾، و﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى﴾. **لكن الوسيلة تأخذ حكم مقصدها؛ فلا يتحقق الواجب العام بإهدار حق المريض المعيَّن في بدنه وعورته ورضاه.** وهذا هو الذي يختاره المؤلف في التنزيل، وهو مقتضى قاعدة أن الوسائل لها أحكام المقاصد. وأنت مؤتمن: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَى أَهْلِهَا﴾، ومنهيٌّ عن العمل بلا علم: ﴿وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ

عِلْمٌ﴾.[11] وفي الحديث: «من تطبب ولم يُعلم منه طب فهو ضامن»، وفيه: «لا ضرر ولا ضرار».[12] والمشرف راعٍ: «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته».

وفي القواعد: **«الضرورة تقدر بقدرها»** تُجيز قدر الكشف اللازم للعلاج، **ولا تجعل حاجة التعليم المعتادة ضرورةً ترفع الإذن والستر**؛ وهذا الاتجاه هو ما تُفيده فتوى الشيخ ابن باز في كشف الطبيب على المرأة للتعليم.[13] ومسألة الكشف التعليمي على العورة بلا حاجة علاجية مما يتشدد فيه أهل العلم، فلا يُتوسع فيها بدعوى المصلحة العامة. و«الميسور لا يسقط بالمعسور»: إذا تعذر تعليم مهارة على مريض معيّن بقي التعليم بالمحاكاة أو بمريض آخر. و«المباشر والمتسبب»: الأقرب عند المؤلف أن مسؤولية الضرر تُوزَّع بحسب فعل المتدرب وتكليف المشرف وخلل المنشأة، **ولا تُختزل في أصغر حلقة**؛ وتفصيل أحكام الضمان في الفصلين العاشر والحادي عشر.

وقد قرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار رقم 142 (8/15)** أن الطبيب يضمن إذا «أقدم على ممارسة العمل دون إذن المريض أو من يقوم مقامه»، وأن رئيس الفريق يُسأل بالتضامن إذا أخطأ في التوجيه أو «قصر في الرقابة والإشراف». ومن توصياته دعوة الجامعات إلى «إنشاء مادة دراسية في أخلاقيات وفقه الطبيب تدرس لطلاب الطب والتمريض». **فيُستفاد من القرار أن صفة «متدرب» ليست سترًا يُسقط الضمان.**[14] وفي **القرار رقم 67 (5/7)** أن الإسعاف الذي تتعرض فيه الحياة للخطر لا يتوقف على الإذن. وتطبيقه هنا دقيق، والذي يختاره المؤلف في تنزيله أن الإذن المفترض في الإسعاف يبيح **العلاج الضروري** لا فحصًا تعليميًّا زائدًا ولا تسجيلًا.[15]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
نظام مزاولة المهن الصحية، المادة (9/ب)	لا يجوز للممارس العمل فيما يجاوز اختصاصه أو إمكاناته إلا في الضرورة ووفق الضوابط
المادة (14/أ)	يحظر استخدام غير المرخص لهم في ممارسة المهن الصحية أو مساعدتهم على الممارسة غير المشروعة
المادة (19)	لا يجوز إجراء عمل طبي دون رضا المريض أو من يمثله، مع استثناء ما يستدعي تدخلًا عاجلًا
المادة (27)	من الخطأ المهني: الجهل بأمور فنية يُفترض الإلمام بها، والتقصير في المتابعة، و«التقصير في الرقابة والإشراف»

دليل المو افقة المستنيرة (وزارة الصحة)	نموذج الإذن العام قد يشتمل على إقرار بمشاركة المتدربين -وهو باب **للتعريف والمشاركة المعتادة لا تفويض مطلق**
اللائحة العامة للتدريب في برامج الدراسات العليا، المادة (23)	حق التظلم من القرار خلال ثلاثين يومًا وفق القواعد
اللائحة نفسها، المادتان (16) و(17) والمادة (18)	الإشراف المباشر على التدريب، والتزام المتدرب بالسلوك المهني مع حق الاعتراض
نظام مكافحة جريمة التحرش	يشدد في الحالات التي تقع في مكان العمل أو الدراسة أو ممن له سلطة مباشرة أو غير مباشرة على المجني عليه
نظام حماية البيانات الشخصية	الصور والصوت والبيانات الصحية بيانات شخصية، والصحية منها حساسة

مر اتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
تعلّم الطب وتعليمه فرض كفاية	قول راجح متفق عليه بين الفقهاء	النحل 43، المائدة 2 [11]
وجوب أداء الأمانة، والنهي عن العمل بلا علم	نص قطعي	النساء 58، الإسراء 36 [11]
ضمان من تطبب بلا علم، ونفي الضرروالضرار	قول راجح مستند إلى الحديث	حديثا «من تطبب» و«لا ضرر ولا ضرار» [12]
ضمان الطبيب إذا عمل دون إذن المريض، والمسؤولية التضامنية لرئيس الفريق عند التقصيرفي الرقابة والإشراف	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار رقم 142 (8/15) [14]
سقوط اشتراط الإذن في الإسعاف الذي تتعرض فيه الحياة للخطر	قرار مجمعي	القرار رقم 67 (5/7) [15]
ضبط الكشف التعليمي بالحاجة، وعدم جعل حاجة التعليم ضرورةً ترفع الإذن والستر	فتوى	الشيخ ابن باز، كشف الطبيب على المرأة للتعليم [13]

الإذن المفترض في الإسعاف يبيح العلاج الضروري لا الفحص التعليمي الزائد؛ وتوزيع الضمان بين المتدرب والمشرف والمنشأة	اجتهاد المؤلف	تنزيل على القرارين 67 و142 وقاعدة المباشر والمتسبب [14، 15]

خلاصة عملية

قبل أي إجراء تعليمي اسأل ست مرات: هل يعرف المريض أنني متدرب؟ هل الإذن يغطي هذا النشاط بعينه؟ هل ثبتت كفاءتي في المستوى المطلوب؟ هل المشرف متاح بالسرعة التي يتطلبها الخطر؟ هل حُددت نقطة التوقف؟ هل يوجد بديل إذا رفض المريض؟ **وكل «لا» تعني توقفًا وتصحيحًا، لا مضيًّا بحسن نية.**

وإذا وقع خطأ تعليمي: أوقف الفعل الخطر واطلب المساعدة وعالج الضرر، ثم **احفظ الحقائق ولا تعدّلها لإخفاء الدور**، ثم أخطر المسؤول وسلامة المرضى، ثم اتفقوا على إفصاح صادق (وتفصيله في الفصل الثامن)، **ولا يُلقى المتدرب وحده أمام الأسرة، ولا يُحجب عنه التعلم.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: فحص حوضي تحت التخدير بلا إذن صريح

| **السيناريو**: بعد تخدير مريضة لعملية نسائية، طلب المشرف من ثلاثة طلاب إجراء فحص حوضي «للتعلم»، ولم يذكر ذلك قبل العملية.

| **الركن الطبي**: لا توجد ضرورة علاجية للفحوص المتكررة، ويحتمل الألم أو الأذى، ولا تملك المريضة الآن قرارًا.

| **الركن الأخلاقي**: الإذن العام للجراحة لا يغطي فحصًا تعليميًا إضافيًا. غياب الوعي يزيد واجب الحماية ولا ينقصه. وتظهر دراسات أن كثيرًا من الطلاب لا يشاهدون شرحًا صريحًا لهذا الفحص بانتظام [4، 16].

| **الركن الفقهي**: كشف العورة والتصرف في البدن يقدران بالحاجة، والتعليم المعتاد ليس ضرورة تبيح الزيادة بلا إذن. ويستأنس بالفتوى ذات المعرّف 8068 في تشديد الضابط [13].

| **الركن النظامي**: المادة 19 ودليل الإذن يوجبان الرضا، وقد تندرج الواقعة أيضًا ضمن انتهاك الخصوصية أو إساءة استعمال السلطة بحسب تفاصيلها [8، 17، 18].

القرار المهني الموزون: لا يُجرى الفحص التعليمي. إن كان فحص واحد لازمًا للرعاية أجراه الفريق المخول في حد الحاجة. تعدل النماذج لتضم إذنًا صريحًا سابقًا، ويطبق إشراف مباشر ومراقب مهني،

وتتاح المحاكاة بديلًا.

الحالة الثانية: مقيم يجري عملية عالية الخطورة والمشرف بعيد

| **السيناريو**: مقيم أجرى الإجراء في المحاكاة ونجح مرتين سريريًا، وكُلّف ليلًا بإجراء عالي الخطورة، بينما المشرف خارج المنشأة ويمكنه الوصول خلال ثلاثين دقيقة. بدأ نزف مفاجئ.

| **الركن الطبي**: خبرة محدودة ومريض عالي الخطورة وزمن وصول غير متناسب؛ النجاح في المحاكاة لا يثبت الاستقلال السريري. النزف يستلزم استدعاء فريق الإنقاذ فورًا.

| **الركن الأخلاقي**: كان الإسناد أوسع من الكفاءة والسياق، وفيه ضرر متوقع. لا يجوز لوم المقيم وحده إذا نفذ تكليفًا مؤسسيًا.

| **الركن الفقهي**: واجب حفظ النفس و«لا ضرر» يوجبان الإشراف الكافي، وقرار 142 يحمّل رئيس الفريق عند قصور الرقابة والإشراف [14].

| **الركن النظامي**: المادة 27 تعد التقصير في الإشراف خطأ مهنيًا، ولائحة التدريب تجعل الإشراف مسؤولية مباشرة للبرنامج والمؤسسة [18، 19].

القرار المهني الموزون: يفعل المقيم بروتوكول النزف والإنقاذ ويطلب أقرب خبير، وتتولى المنشأة الرعاية والإفصاح. توقف صلاحية الإجراء المستقل إلى مراجعة الكفاءة، وتعدل تغطية الليل بحيث يكون المشرف حاضرًا أو قريبًا للمهام عالية الخطورة.

الحالة الثالثة: إهانة متدربة وتعليق جنسي

| **السيناريو**: يكرر مشرف تعليقات عن شكل متدربة وحياتها الزوجية أمام الفريق، ويسخر من أدائها، ثم يدعوها منفردة لمناقشة تقييمها. تخشى الإبلاغ لأنه رئيس اللجنة.

| **الركن الطبي**: البيئة غير الآمنة تقلل التركيز وطلب المساعدة وقد تهدد المرضى، فضلًا عن أذى المتدربة النفسي.

| | **الركن الأخلاقي**: إساءة استعمال سلطة وتمييز وانتهاك للكرامة، ولا يبررها ضغط العمل أو «أسلوب الجيل السابق».

| **الركن الفقهي**: العرض والكرامة مصونان، والأذى والابتزاز محرمان، والسلطة أمانة.

| **الركن النظامي**: نظام مكافحة التحرش يشدد عند السلطة ومكان العمل أو الدراسة، ولوائح الهيئة تقتضي بيئة مهنية ومسار تظلم [8، 19، 20].

القرار المهني الموزون: توفر حماية عاجلة وتواصل آمن، وينقل تقييم المتدربة مؤقتًا إلى جهة مستقلة دون الإضرار بتدريبها. يحقق فريق مختص ويحفظ الأدلة والسرية، وتتخذ إجراءات متناسبة، ولا تفرض مواجهة مباشرة أو وساطة قسرية.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف تتكرر في التعليم السريري، وجوابها ثابت بضابطه، ولا تحتاج إلى تحليل مطوّل بالأركان:

مريض يرفض وجود طالب. الرفض حق لا يحتاج تبريرًا؛ يخرج الطالب فورًا مع الشكر بلا مناقشة ضاغطة، ويستمر الموعد بوقته وجودته، ويسجَّل الرفض بلا وصم ولا في صيغة توحي برفض العلاج. وعبارة «هذا مستشفى تعليمي فلا يحق لك الرفض» إكراه ممنوع. الضابط: مصلحة التعليم عامة، ولا تنشئ حقًا في هذا المريض بعينه، والخبرة تُعوَّض بمريض آخر أو محاكاة [3، 17].

طالب يقدّم نفسه طبيبًا أو يأخذ الإذن بدل المسؤول. يوقَف مسار الموافقة، ويصحح المسؤول الصفة للمريض ويعيد الشرح والإذن من جديد قبل أي إجراء. وتراجَع الواقعة تربويًا، ويؤجَّل تكليف الطالب بها حتى يتقن التعريف وحدوده، ويحقَّق في خلل توزيع الأدوار إن تكرر. الضابط: الإذن المبني على تدليس في صفة القائم بالفعل باطل، والنظام يمنع تجاوز النطاق والممارسة غير المشروعة [18].

مقيم يطلب كتمان «قريب من الخطأ» مقابل التوصية. تُغلق حلقة النتيجة الحرجة فورًا ويبلَّغ المسؤول السريري، ويُرفع الحدث في مسار سلامة المرضى لا في مسار التقييم. ويُحمى المبلِّغ من الانتقام ويفصل تقييمه عن المقيم المعني، وتحقق المؤسسة في التهديد وفي النمط الثقافي وراءه. الضابط: لا طاعة في إضرار المريض، ولا يُستعمل التقييم أداةَ إسكات.

إلزام الطلاب بالتدرب على أجساد بعضهم. يلغى الإلزام وكل أثر له في الحضور أو الدرجة، وتوفَّر المحاكاة أو المريض المعياري بديلًا في المهارات الحميمية. وإن استُعمل التدريب بين الزملاء في مهارة غير حميمية فباختيار حر وإذن متجدد. الضابط: سلطة الدرجات تفسد الرضا، ولا يجوز كشف العورة للتعليم مع وجود بديل [9].

نشر تسجيل محاكاة خارج غرضه. يحذف المقطع فورًا من كل قناة ممكنة، ويبلَّغ مسؤول البيانات، ويخطَر المتضرر وفق السياسة، ويحقَّق في الواقعة. وتعتمد موافقة مستقلة للتسجيل تحدد الغرض والجمهور والمدة، مع ضبط الوصول والإتلاف ومنع الأجهزة والحسابات الشخصية. الضابط: الصورة والصوت بيانات شخصية حساسة، والتسجيل أمانة لا تُستعمل في غير غرضها [24].

مريض تعليمي يُفحص مرارًا في يوم واحد. يوقَف الفحص عند أول علامة إرهاق أو ألم، ويعالَج الأثر ويُعتذر للمريض. ويحدد البرنامج مسبقًا عدد الفاحصين وزمنهم وحق الانسحاب، ويعين منسقًا يراقب العبء، ويلجأ إلى المحاكاة عند بلوغ الحد. الضابط: الرضا يتقيد بما فُهم عرفًا ولا يشمل عبئًا خفيًا زائدًا، والضرر يزال.

إتقان في المحاكاة وطلب الاستقلال أول مرة. لا يُمنح الاستقلال بنجاح المحاكاة وحده؛ يجري المتدرب الإجراء تحت إشراف مباشر لمشرف قادر على الاستلام الفوري، مع تعريف المريض بدوره. وتوثَّق الكفاءة عبر حالات متعددة، ثم يخفَّض الإشراف تدريجيًا بقرار البرنامج لا بطلب المتدرب. الضابط: المحاكاة جسر إلى الممارسة لا شهادةُ استقلال [25، 26].

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. عرّفك المشرف للمريض بقوله: «هذا هو الدكتور الذي سيجري لك العملية»، و أنت طالب في السنة الخامسة. ما الصحيح؟

أ) لا بأس، فالتعريف الدقيق قد يُقلق المريض

ب) لا بأس ما دام المشرف حاضرًا في الغرفة

ج) لا بأس لأن الطالب يعمل بأمر مشرفه

د) هذا خداع؛ فللمريض حق معرفة صفة من يلمسه ومستواه، ويجب تصحيح التعريف

2. في الجولة الصباحية قال مريض بهدوء إنه لا يريد وجود الطلاب، فردّ الاستشاري: «هذا مستشفى تعليمي ولا يحق لك الرفض»، وطلب منك البقاء وأخذ القصة. ما التصرف الصحيح؟

أ) تخرج مع الشكر بلا مناقشة ضاغطة، ويستمر الموعد بجودته، ويُسجَّل الرفض بلا وصم، وتُعوَّض الخبرة بمريض آخر أو محاكاة

ب) تبقى لأن أمر الاستشاري مقدَّم في المستشفى التعليمي، فالتعليم فرض كفاية

ج) تبقى وتكتفي بالمشاهدة دون أخذ القصة حتى لا تخالف الطرفين

د) تشرح للمريض أن رفضه سيؤثر في ترتيب موعده القادم لعله يتراجع

3. رسبتَ في تقييم صدر عن مقيّم واحد بعبارات مثل «غير ناضج» و«عدواني» بلا وصف لسلوك محدد. ما الصحيح نظاميًّا وأخلاقيًّا؟

أ) التقييم نهائي لأن المقيّم هو الملاحظ المباشر

ب) يُقبل التقييم إن كانت درجات الاختبار التحريري متسقة معه

ج) يُعترض على تقييم يصف الهوية لا الفعل، ولا يتخذ مقيّم واحد قرارًا مصيريًّا، ولك حق التظلم خلال ثلاثين يومًا وفق لائحة التدريب

د) يُطلب من المقيّم تغيير الدرجة وديًّا دون فتح مسار رسمي

4. وقع خطأ دوائي نفّذه متدرب في سياق تعليمي، وأصيب المريض بضرر. ما المسار الصحيح؟

أ) يتولى المتدرب وحده مواجهة الأسرة والإفصاح لأنه صاحب الفعل

ب) يُصحَّح السجل ليعكس رواية مبسطة تجنّب المتدرب أثرًا في تقييمه

ج) يُؤجَّل الإفصاح حتى انتهاء التحقيق الكامل

د) يُوقف الفعل الخطر ويُعالَج الضرر، وتُحفظ الحقائق بلا تعديل، ويُخطَر المسؤول، ويكون الإفصاح صادقًا بمشاركة الفريق لا بترك المتدرب وحده أمام الأسرة

5. أراد المشرف أن يعطي كل طالب فرصة لمحاولة سحب دم من مريض متألم، بعد فشل محاولتين. ما الصحيح؟

أ) يستمر التدريب لأن المهارة لا تُتقن إلا بالتكرار

ب) يُترك القرار للمريض وحده بلا توجيه من الفريق

ج) يُحدَّد عدد المحاولات مسبقًا، ويتسلم المشرف الإجراء عند بلوغ الحد أو ظهور الألم، ولا يُكرَّر الإجراء المؤلم لتوفير فرصة لكل متعلم

د) تُستكمل المحاولات بعد إعطاء مسكّن قوي

مفتاح الإجابات

1) د • 2) أ • 3) ج • 4) د • 5) ج

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Medical Education*. 2005;39:1176–1177. DOI: 10.1111/j.-1365 2929.2005.02341.x. DOI

[2] Farnan JM, et al. Effect of clinical supervision on medical resident education and patient care: a systematic review. *Academic Medicine*. 2012. PMID: 22361801. PubMed

[3] American Medical Association. Code of Medical Ethics Opinion 9.2.1: Medical Student Involvement in Patient Care. المصدر الرسمي

[4] American College of Obstetricians and Gynecologists. Professional Responsibilities in Obstetric–Gynecologic Medical Education and Training. Committee Statement, June 2025. الرابط

[5] Miller BM. How Should Resident Physicians Respond to Patients' Discomfort and Students' Moral Distress When Learning Procedures? *AMA Journal of Ethics*. 2017;19(6):537–543. المصدر الرسمي

[6] Lawrence C, et al. Hidden Curricula of Medical Education as a Process of Boundary Crossing: A Systematic Review. *Academic Medicine*. 2018;93(4):648–656. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002004. PubMed

[7] Vaughn JL, Rickborn LR, Davis JA. Patients' Attitudes Toward Medical Student Participation Across Specialties: A Systematic Review. *Teaching and Learning in Medicine*. 2015;27(3):245–253. DOI: 10401334.2015.1044750/10.1080. PubMed

[8] وزارة الداخلية السعودية. نظام مكافحة جريمة التحرش، المرسوم الملكي م/96 وتاريخ 1439/9/16هـ، المعدل بالمرسوم م/48 وتاريخ 1442/6/1هـ. الرابط

[9]American Medical Association. Code of Medical Ethics Opinion 9.2.5: Medical Students Practicing Clinical Skills on Fellow Students. المصدر الرسمي

[10]Norcini J, et al. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations. *Medical Teacher*. 2011;33(3):206–214. DOI: 0142159/10.3109X.2011.551559. DOI

[11] القرآن الكريم: النساء 58؛ المائدة 2؛ النحل 43؛ الإسراء 36.

[12] أبو داود. السنن، كتاب الديات، حديث 4586؛ ابن ماجه. السنن، كتاب الأحكام، حديث 2340.

[13] الموقع الرسمي للشيخ عبد العزيز بن باز. حكم كشف الطبيب على المرأة للتعليم، رقم المادة الإلكتروني 8068، دون تاريخ تحرير ظاهر. المصدر الرسمي

[14] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 142 (8/15) بشأن ضمان الطبيب، الدورة الخامسة عشرة، مسقط، 14–19 محرم 1425هـ / 6–11 مارس 2004م. المصدر الرسمي

[15] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م. المصدر الرسمي

[16]Chorny I, et al. Educational pelvic examinations under anesthesia: consent and medical student experience. 2022. PMID: 36548238. PubMed

[17] وزارة الصحة السعودية. دليل سياسات وإجراءات الموافقة المستنيرة (الإذن الطبي)، 2019م. المصدر الرسمي

[18] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي م/59 وتاريخ 1426/11/4هـ. المصدر الرسمي

[19] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. اللائحة العامة للتدريب في برامج الدراسات العليا، قرار مجلس الأمناء 2/أ/2019، 20 يناير 2019م. المصدر الرسمي

[20] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. الدليل الإرشادي لمهام ومسؤوليات الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب ومدراء البرامج التدريبية، 2025م. المصدر الرسمي

[21]Ismaeel R, et al. Bias in Observed Assessments in Medical Education: A Systematic Review. *Academic Medicine*. 2024;99(12):1438–1450. DOI: 10.1097/ACM.0000000000005794. PubMed

[22]O'Sullivan PS, et al. Racial and ethnic bias in clinical grading in medical education: a review. 2023. PMID: 37019709. PubMed

[23] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. القواعد التنفيذية للتقييم، 1441هـ. المصدر الرسمي

[24] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام حماية البيانات الشخصية، المرسوم الملكي م/19 وتاريخ 1443/2/9هـ، المعدل بالمرسوم م/148 وتاريخ 1444/9/5هـ. المصدر الرسمي

[25]McGaghie WC, et al. A critical review of simulation-based mastery learning with translational outcomes. *Medical Education*. PMID: 23807104. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31829a365d. PubMed

[26]Cook DA, et al. Technology-enhanced simulation for health professions education and patient outcomes: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine*. 2013. PMID: 23595919. PubMed

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

أخلاقيات التأهيل والتمريض والمهن المساندة

Chapter 15 -Ethics of Nursing, Rehabilitation, and Allied Health

لا تُوسَّع الصلاحية شفهيًّا أبدًا.

مستوى القراءة: استزادة | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

الفريق الصحي ليس طبيبًا يأمر وبقيةً تنفّذ. فالممرض والصيدلي وأخصائي العلاج الطبيعي والوظيفي والنطق والتغذية والأخصائي الاجتماعي والفني -**كلهم ممارسون صحيون بنص النظام**، ولكل منهم حكمٌ مهني في نطاقه.[1]

وأنت ستعمل معهم كل يوم. فإن ظننت أن كلمتك تعلو على تقييم ممرضٍ قضى ثماني ساعات مع المريض، أو أن الفني ينفّذ ما يُملى عليه بلا مراجعة، فستكون **أنت** مصدر الخطر. وإن كنت أنت في موضع من يُطلب منه تنفيذ ما يجاوز كفاءته، فهذا الفصل يعطيك اللغة التي ترفض بها بأمان.

الفروق التي تمنع الخلط

• **الاستقلال المهني لا يساوي العمل المنفرد** ولا تجاوز الطبيب؛ بل قرار ضمن النطاق والكفاءة، مع تنسيق وتصعيد ومساءلة.

• **التفويض لا ينقل المساءلة كاملة**: المفوِّض يختار المهمة والشخص والإشراف، والمنفذ مسؤول عن الأداء **وعن إظهار حدوده**.

• **الوصف الوظيفي لا يساوي نطاق الممارسة**؛ فقد يكون أضيق من الترخيص، ولا يوسّع النطاق وحده.[2]

• **أمر الطبيب ليس إعفاءً من الحكم المهني**: يُتحقق من الهوية والجرعة والطريق والحساسية والتعارض، **ويُوقَف غير الآمن**.[3]

• **الخصوصية السريرية ليست الخلوة المحرمة**: ستر المريض لا يستلزم عزلة مغلقة.

• **التعب ليس الاحتراق**: الأول قد يتحسن بالراحة، والثاني نمط مزمن يحتاج تعديل العمل ودعمًا منظمًا.[4]

حين يختلف الفريق، لا يبدأ السؤال بـ«من الأعلى رتبة؟» بل: ما حقيقة الخطر؟ من يملك الكفاءة الأقرب؟ ما النص أو الدليل؟ من يتحمل الإجراء التالي؟ ومتى يجب تجاوز السلم المعتاد لأن التأخير يهدد المريض؟[5] وتفصيل منهج التشاور وحل الخلاف في الفصل الثالث عشر.

طبقات الصلاحية الخمس

قبل أي إجراء تحقّق من خمس طبقات متتابعة: **مؤهل معتمد**، ثم **تصنيف وتسجيل ساريان**، ثم **نطاق مهني منشور**، ثم **كفاءة حالية مثبتة**، ثم **امتياز أو سياسة داخل المنشأة**. وسقوطُ واحدة منها قد يمنع الإجراء رغم قدرتك التقنية عليه.[2، 6] وفي المقابل لا يصح أن تلغي سياسةٌ قديمة دورًا مهنيًّا بلا سبب سلامة أو سند تنظيمي؛ بل يُرفع التعارض إلى القيادة المهنية.

ويظهر الاستقلال في حق التقييم وإعادة التقييم، ورفض مهمة خارج النطاق أو الكفاءة، وطلب الاستشارة، والدفاع عن المريض، وإيقاف العمل عند خطر وشيك. **ويجب أن يقترن ببيان السبب والحل**: لا تقل «لن أفعل» وتغادر؛ بل أثبت الخطر، وحافظ على الرعاية الأساسية، واطلب بديلًا مؤهلًا، وصعّد في زمن يناسب الحالة.

التفويض الآمن: الحقوق الخمسة

قبل أن تفوّض -أو تقبل تفويضًا- اسأل خمسًا:

- **المهمة الصحيحة:** هل يمكن فصلها عن حكم سريري لا يملكه المنفذ؟
- **الظرف الصحيح:** هل المريض مستقر والموارد متاحة؟
- **الشخص الصحيح:** هل أثبت الكفاءة **الآن**، لا قديمًا فقط؟
- **التوجيه الصحيح:** هل الغرض والخطوات وحدود التغيير والتصعيد واضحة؟ (فالأمر الشفهي المبهم علامة رفض.)
- **الإشراف والتقويم:** من متاح ومتى يراجع النتيجة؟

ولا يُفوَّض التقييم الأولي، ولا تفسير التغير، ولا قرار غير قابل للعكس لمن دُرِّب على تنفيذ خطوة فقط.[2] وإذا تغيرت حالة المريض بعد التفويض، عاد القرار إلى المفوِّض أو الممارس المؤهل. وتفصيل المسؤولية عن التفويض والإشراف في الفصلين العاشر والحادي عشر. **ولا يُستخدم النقص العددي لتطبيع التجاوز**؛ فقد يبرر الطارئ توزيعًا استثنائيًّا مؤقتًا بخطة وإشراف، لكنه لا يصنع نطاقًا دائمًا.

المناوبة الليلية والتعب

التعب خطر سريري ومهني في آن واحد.[7، 8] **وعند التعب الحاد**: إذا خشيت خطأً وشيكًا، أوقف الإجراء غير العاجل، وأبلغ قائد المناوبة، واطلب مراجعة مزدوجة أو بديلًا، وحافظ على الرعاية الأساسية حتى التسليم. **لا تترك الوحدة فجأة**، ولا تُجبَر على إجراء دقيق وحدك بعد إبلاغك خطرًا معقولًا دون تقييم.

وفرّق بين التعب والاحتراق و**الضيق الأخلاقي** -وهو أن تعرف ما تراه صحيحًا لكن تمنعك قيود السلطة أو الموارد. ولا تكفي دورة «المرونة النفسية» إذا بقي النقص والإهانة وعدم التقدير.[9]

الخصوصية والخلوة والحدود

يحتاج المريض إلى ستر وهدوء، وقد يحتاج رعاية من ممارس من الجنس الآخر. **والممارسة المتوازنة تجمع بين الحاجة والخصوصية ومنع الخلوة والاتهام**: في الإجراء الحميم يُفضَّل ممارس مماثل عند توافره دون ضرر، وتُعرض المرافقة المهنية، ويُشرح الدور، ويؤخذ الإذن، ويُكشف موضع الحاجة فقط، وتبقى وسيلة استدعاء.

وضابط الخلوة المحرمة عند أهل العلم انفراد الرجل بالمرأة الأجنبية حيث لا يطّلع عليهما أحد؛ فليست كل غرفة علاج مغلقة خلوةً بالمعنى نفسه، والعبرة بإمكان الدخول ووجود الآخرين وطبيعة المكان والوقت. وقد شدّد الشيخ ابن باز في فتواه على منع خلوة الطبيب بالطبيبة أو الممرضة.[10] لكن **المناوبة الليلية والغرفة البعيدة والمريض فاقد الوعي تزيد الخطر الأخلاقي والاتهامي**، فتُصمَّم فرق ثنائية للأعمال الحساسة، ويُوثَّق العرض والرفض. **ولا تُجعل المرافقة عائقًا أمام إنقاذ عاجل**؛ فإن تعذر الحضور في طارئ أُدِّي القدر الضروري ثم استُعيدت الضوابط فورًا.

وأما اللباس والزينة فمعيار مهني لا وصم شخصي: تُبنى السياسة على سبب -عدوى، أو سلامة، أو تعريف، أو وقار -وتُكتب وتُطبَّق بعدل، ولا تُترك لذوق المدير ولا تُطبَّق على فئة دون غيرها. **وأي ملاحظة على اللباس لا تُذكر في سياق بلاغ تحرش بطريقة توحي بأن الضحية سببت الجريمة.**[11]

الأساس الشرعي

يقوم العمل الصحي على تكريم الإنسان: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ﴾، وعلى التعاون: ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى﴾، وعلى المسؤولية: «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته».

والاستقلال المهني فرع الأمانة: لا يجوز أن تقول ما لا تعلم أو تعمل بما لا تُحسن، ولا أن تخفي خطأً أو خطرًا. **والطاعة للرئيس مقيدة بالمعروف وبالنظام والمصلحة**؛ فإذا كان الأمر ضارًّا أو خارج الكفاءة وجب البيان والتصعيد مع حفظ المريض. فالمفوِّض مؤتمن على اختيار المؤهل، والمنفِّذ مؤتمن على رفض ما لا يُحسنه.

وقد قرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم 81 (12/8)** أن الأصل إذا توافرت طبيبة متخصصة أن تقوم بالكشف على المريضة، ثم رتّب البدائل عند عدمها، واشترط أن يكون الاطلاع **على قدر الحاجة**، وأن تتم المعالجة بحضور محرم أو زوج أو امرأة ثقة خشية الخلوة.[12] وهذا هو ما عليه عامة الفقهاء المعاصرين. والذي يختاره المؤلف تطبيق المعنى نفسه على التمريض والتأهيل مع مراعاة الحالة والحاجة والاستعجال. **ولا يجوز تأخير إسعاف يهدد النفس انتظارًا لمماثل أو محرم**، بمقتضى القاعدة المقررة أن حفظ النفس مقدَّم وأن الضرورة تقدَّر بقدرها، وهو ما يتفق مع ما رتّبه القرار من بدائل عند الحاجة؛ وبعد زوالها يعود الستر والحضور والتوثيق.

وفي حقوق الأسرة: ﴿وَعَاشِرُوهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ﴾، وفي الحديث: «إن لربك عليك حقًا، ولنفسك عليك حقًا، ولأهلك عليك حقًا، فأعط كل ذي حق حقه». فلا يُجعل العمل سببًا دائمًا لإسقاط حق الأسرة، ولا تُجعل الأسرة سببًا لمنع نفع مشروع بلا موازنة. **وليس من التوكل إنكار اضطراب نفسي أو قيادة المركبة مع نعاس شديد.**[13]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
نظام مزاولة المهن الصحية	يدخل في تعريف الممارس الصحي: التمريض والأشعة والمختبر والتخدير والعلاج الطبيعي والقبالة والإسعاف والنطق والسمع والتأهيل والعلاج الوظيفي والتغذية وغيرها
المادة (15)	بذل العناية والاستعانة بمن تستدعي الحالة الاستعانة بهم
المادة (24)	الاحترام والتعاون بين الممارسين
المادة (27)	من صور الخطأ المهني: الجهل بأمور فنية يُفترض العلم بها، واستعمال أجهزة بلا معرفة كافية، **والتقصير في الرقابة والإشراف**
وثيقة نطاق ممارسة التمريض والقبالة (الهيئة، 2023)	النطاق هو الطيف الكامل للوظائف والقرار الذي تأهل له الممارس وأثبت كفاءته وأُذن له به، **ويرفض المهمة المسندة إذا كانت كفاءته محدودة**

الوثيقة نفسها	ثمانية مجالات للتمريض منها: المهنية والأخلاق، والممارسة المبنية على الدليل، والقيادة والإدارة، والجودة والسلامة
نظام العمل، المواد (98) إلى (103)	ألا يعمل العامل أكثر من خمس ساعات متصلة بلا استراحة لا تقل عن نصف ساعة، وألا يبقى في مكان العمل أكثر من اثنتي عشرة ساعة يوميًا
نظام مكافحة جريمة التحرش، المادتان (5) و(6)	إلزام الجهات بآلية للشكاوى والتحقق والسرية، وتشديد العقوبة إذا وقعت الجريمة في مكان عمل أو رعاية أو كان للجاني سلطة
نظام حماية الطفل، المادتان (1) و(3)	الإهمال عدم توفير حاجات الطفل الأساسية أو التقصير فيها، ومن صوره التقصير البيّن المتواصل في التربية والرعاية

وانتبه إلى أن بلوغ الحد النظامي لساعات العمل لا يجعل الجدول آمنًا طبيًّا بذاته؛ فقد تكون المهمة عالية الخطورة أو الممارس لم ينم.[14] ولا يُعد عمل الوالد أو الوالدة ليلًا إهمالًا تلقائيًّا؛ المعيار هو الرعاية الفعلية والحماية والاستمرار والضرر.[15]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
تكريم الإنسان، والتعاون على البر، ومسؤولية كل راعٍ عن رعيته	نص قطعي ونص نبوي	الإسراء 70، المائدة 2، حديث «كلكم راع»
تحريم الخلوة بالأجنبية، وضابطها: انفراد لا يطّلع عليه أحد	نص نبوي، وتنزيله على غرف العلاج فتوى	حديث النهي عن الخلوة؛ فتوى الشيخ ابن باز [10]
الأصل معالجة الطبيبة للمريضة عند توافرها، وترتيب البدائل عند عدمها، والاطلاع بقدر الحاجة، وحضور محرم أو زوج أو امرأة ثقة	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار رقم 81 (12/8) [12]
لا طاعة للرئيس في أمر يضر المريض أو يخالف النظام أو يجاوز الكفاءة	نص نبوي مع تنزيل على العمل الصحي	حديث «لا طاعة في معصية»
تقديم إسعاف النفس على انتظار مماثل أو محرم، والضرورة تقدَّر بقدرها	قول راجح (قاعدة كلية مقررة)	قاعدة الضرورات، وما رتّبه القرار 81 من بدائل [12]
تطبيق معنى القرار 81 على التمريض والتأهيل، وتصميم فرق ثنائية للأعمال الحساسة ليلًا	اجتهاد المؤلف	تنزيل على القرار المجمعي [12]
حق الأسرة لا يُسقطه العمل، وليس	نص نبوي مع تنزيل	حديث «إن لأهلك عليك

من التوكل إنكار اضطراب نفسي أو القيادة مع نعاس شديد	اجتهادي	حقًّا»؛ ودليل أثر النعاس [13]

خلاصة عملية

مرّ على أداة قرار النطاق قبل كل مهمة مشكوك فيها: هل يدخل الإجراء في نطاق المهنة والتصنيف؟ هل أثبتّ كفاءتك الحالية؟ هل تسمح السياسة والامتياز؟ هل الحالة مستقرة والموارد كافية؟ هل يعرف الجميع حدود التصعيد؟ **وكل «لا» تعني تدريبًا أو إشرافًا مباشرًا أو رفضًا للمهمة -لا مضيًّا ثم اعتذارًا.** ولا تُوسَّع الصلاحية شفهيًّا أبدًا.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: جرعة دواء أطفال يشك الممرض في صحتها

| **السيناريو.** كتب طبيب مناوب أمرًا شفهيًا لدواء عالي الخطورة لطفل، والجرعة تبدو أكبر من المعتاد. طلب الطبيب التنفيذ فورًا وقال إن مسؤوليته عليه، ولم تتوافر قراءة راجعة أو وزن موثق.

| **الركن الطبي.** يتوقف الممرض عن إعطاء الجرعة حتى التحقق من الهوية والوزن والحساب والتركيز والطريق، ويطلب أمرًا واضحًا ومراجعة من صيدلي/طبيب آخر وفق المسار. يحافظ على العلاجات العاجلة الأخرى.

| **الركن الأخلاقي.** عدم الإضرار والوكالة المهنية يمنعان الطاعة العمياء. يحترم الطبيب دون تحويل الخلاف إلى صراع رتبة، ويصعد بحسب درجة الخطر.

| **الركن الفقهي.** الأمانة وقاعدة الضرر يزال توجب التثبت، ولا طاعة في أمر يغلّب الضرر. المشقة أو ضغط الوقت لا يبيحان جرعة غير محققة.

| **الركن النظامي.** نظام مزاولة المهن الصحية يقرر العناية والمتابعة والمسؤولية عن الجهل الفني ونقص الرقابة. وثيقة النطاق تجيز رفض مهمة غير مأمونة/خارج الكفاءة مع اتخاذ إجراء بديل.

القرار المهني الموزون. لا تُعطى الجرعة حتى تتحدد بالوزن والمصدر وتوثق القراءة الراجعة. إن استمر الطبيب في الضغط، يُفعّل قائد المناوبة/الاستشاري/الصيدلي ومسار السلامة، ويوثق القلق والاتصالات دون لغة اتهامية.

ما الذي قد يغيّر القرار؟ إذا كانت الحالة إنعاشية والدواء بجرعة بروتوكولية واضحة مع وزن معروف، قد ينفذ فورًا مع قراءة راجعة. أما غياب الوزن أو التركيز فيبقي التوقف مبررًا.

الحالة الثانية: ممرضة ومريض رجل في عناية حميمة ليلًا

| **السيناريو.** يحتاج مريض رجل فاقد الحركة إلى تنظيف وتغيير ضماد قرب موضع خاص. لا يوجد ممرض رجل فورًا، والجناح هادئ، والباب يغلق لحفظ الخصوصية. الإجراء مهم لكنه غير

إنعاشي.

| **الركن الطبي.** يشرح للمريض ويستأذنه، ويطلب ممارسًا ثانيًا/مرافقًا مهنيًا، ويكشف موضع الحاجة، ويجعل المكان قابلًا للدخول مع حفظ الستر. إن كان التأخير القصير لا يضر يُنتظر المساعد.

| | **الركن الأخلاقي.** توازن الخصوصية والكرامة وسلامة الحدود وحاجة العلاج. لا تُجبر الممرضة على عزلة خطرة ولا يُذل المريض بكشف غير لازم.

| **الركن الفقهي.** قرار 81 (12/8) يقرر المماثل عند التوافر والمعالجة عند الحاجة بقدرها ومع حضور يمنع الخلوة. الضرورة تقدر بقدرها.

| **الركن النظامي.** تطبق سياسة المرافقة والخصوصية والموافقة والتوثيق، مع عدم التمييز أو تعطيل رعاية لازمة.

القرار المهني الموزون. يُستدعى زميل/زميلة ليكون حاضرًا، ويؤدى الإجراء بستر وكشف محدود وتوثيق اسم الحاضر ورضا المريض. إذا أصبح التأخير ضارًا، تنفذ الممرضة اللازم وتستدعي المساعدة فورًا دون ترك المريض.

ما الذي قد يغيّر القرار؟ طلب المريض ممارسًا مماثلًا مع توافره قريبًا يقوي الانتظار. نزف أو تلوث يهدد السلامة يجعل الإجراء عاجلًا ويقدم القدر الضروري.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف تتكرر في التمريض والتأهيل والمهن المساندة، جوابها معلوم بضابطه ولا يحتاج تحليلًا مطولًا؛ فإن تعقّد أحدها رُدّ إلى الأركان الأربعة على منوال الحالات السابقة.

خطة مكتوبة لم تعد آمنة بعد تغير حالة المريض. يوقف اختصاصي التأهيل أو التمريض التنفيذ فورًا، ويؤمّن المريض، ويقيس العلامات، ويبلّغ الفريق ويوصي ببديل وموعد جديد. والضابط: الأمر المكتوب يحدد الهدف لا يجمّد الوسيلة، والاستقلال المهني هنا حماية للمريض لا خروج على الفريق؛ ويوثق السبب والاستجابة ومعايير الاستئناف.

عمل إضافي متكرر بدأ يضر بالأسرة. يُقيَّم النوم واللياقة، ويوقف الإضافي غير الضروري، وتوضع خطة خلال أسبوع: تقسيم رعاية الأطفال مع الشريك، ووقت نوم محمي، ودعم أو تعديل مناوبة. والضابط: المناوبة الليلية وحدها ليست إهمالًا ما دامت الحاجات مؤمّنة والراعي مأمونًا؛ أما ترك طفل بلا رعاية فعلية أو انقطاع علاجه فيُفعِّل مسار الحماية لا اللوم.

سياسة لباس تطبَّق على فئة دون فئة. تُوقف العقوبات المبنية على تعميم شفهي، وتُكتب سياسة تربط كل قيد بسبب عدوى أو سلامة أو تعريف أو وقار، وتطبق على المهن والجنسين مع تكييف ديني آمن وتظلم سري. والضابط: ما ثبت خطره يُمنع على كل من يعمل في المنطقة، والمنع العام بلا سبب أضعف، ومسار اللباس منفصل تمامًا عن مسار التحرش.

نداء تصعيد تجاهله من هو أعلى رتبة. يُستخدم المسار الثاني الذي توجبه سياسة الجهة -فريق الاستجابة السريعة أو المسؤول المناوب -ولا يُنتظر إذن من تجاهل النداء. والضابط: الهرمية ليست

عذرًا لتأخير التصعيد، والمبلّغ بحسن نية محمي من الانتقام، ويوثق ما أُبلغ به ومتى وإلى من.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. فوّض طبيبٌ ممرضًا مرخصًا تركيب قسطرة، فأخفى الممرض أنه لم يجرِها منذ سنوات ونفّذها فوقع ضرر. كيف تُوزَّع المساءلة؟

أ) على الممرض وحده، فالتفويض ينقل المساءلة كاملة إلى المنفّذ

ب) على الطبيب وحده، فالمفوِّض يتحمل كل ما يقع من المنفّذ

ج) لا مساءلة على أحد ما دام الممرض مرخصًا والمهمة داخل نطاقه

د) يُسأل الطبيب عن اختيار المهمة والشخص والإشراف، ويُسأل الممرض عن أدائه وعن إخفاء حدود كفاءته

2. أخصائي علاج طبيعي مرخص ومصنف، أتقن إجراءً جديدًا في دورة معتمدة، لكن منشأته لم تمنحه امتيازه بعد، وطلب قائد المناوبة شفهيًّا أن يجريه. ما الصحيح؟

أ) لا يجريه حتى يُمنح الامتياز؛ فسقوط طبقة واحدة من الطبقات الخمس يمنع الإجراء رغم القدرة التقنية، ويُرفع طلب الامتياز عبر القناة المعتمدة

ب) يجريه لأن المهارة التقنية والترخيص متوافران

ج) يجريه لأن المؤهل الأكاديمي هو الطبقة الحاسمة

د) يجريه بناءً على موافقة قائد المناوبة الشفهية فهي تكفي لتوسيع الصلاحية

3. عُلِّق في اجتماع مغلق على زينة ممرضة ولباسها بعبارات جنسية، ثم قيل لها إن سياسة المظهر تُحمّلها جزءًا من المسؤولية. ما الصحيح؟

أ) تُراجع الممرضة سياسة المظهر أولًا قبل تقديم أي شكوى

ب) تُنقل الممرضة إلى قسم آخر حفاظًا على استقرار العمل

ج) تُطوى المسألة إن اعتذر المتحدث في المجلس نفسه

د) يعرّف النظام الجريمة بفعل المتحرش، وتُفصل مساءلة اللباس -إن وُجدت -عن الشكوى ولا تُستخدم لردّها، وتُحمى الأدلة والسرية ويُمنع الانتقام

مفتاح الإجابات

1) د • 2) أ • 3) د

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مزاولة المهن الصحية، م/59 في 1426/11/4هـ، قرار مجلس الوزراء 276 في 1426/11/3هـ. الرابط

[2] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. Scope of Nursing and Midwifery Practice in Saudi

Arabia، مجلس التمريض والقبالة، 2023. الرابط

[3]Oxford University Press. Nursing Ethics: Normative Foundations, Advanced Concepts, and Emerging Issues, 2024. الرابط

[4]Harvard/MGH Munn Center. Maglalang et al. Job and family demands and burnout among healthcare workers; N=874, 2021. الرابط

[5]Oxford Academic. Barriers and facilitators to rapid response activation: systematic review. الرابط

[6] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية. الرابط

[7]Rosa D, Terzoni S, Dellafiore F, Destrebecq A. Systematic review of shift work and nurses' health. Occupational Medicine. 2019;69(4):237–243. الرابط

[8]Westwell A, et al. Sleepiness and safety at work among night shift NHS nurses. Occupational Medicine. 2021;71(9):439–445. الرابط

[9]Harvard T.H. Chan School of Public Health. Boston Hospital Workers Health Study: working conditions, burnout, bullying and worker health. الرابط

[10] موقع الشيخ ابن باز الرسمي. حكم خلوة الطبيب بالطبيبة أو الممرضة؛ مجموع الفتاوى 431/9، دون رقم وتاريخ ظاهرين في الصفحة. الرابط

[11] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مكافحة جريمة التحرش، م/96 في 1439/9/16هـ، قرار مجلس الوزراء 488 في 1439/9/14هـ الرابط

[12] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 81 (12/8) بشأن مداواة الرجل للمرأة، 21–27 يونيو 1993م. الرابط

[13]Harvard Medical School Sleep Medicine. Make Changes at Work: shift work, sleep and performance. الرابط

[14] وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية. الصحة والسلامة في بيئة العمل: ساعات الراحة والوجود في مكان العمل، تحديث 2026. الرابط

[15] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام حماية الطفل، م/14 في 1436/2/3هـ الرابط

أخلاقيات الإدارة الصحية والمدير

Chapter 16 -Ethics of Healthcare Management

السلطة أمانة لا امتياز.

مستوى القراءة: استزادة | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

قد تظن أن الإدارة شأن بعيد عنك، وأن مكانك هو السرير لا المكتب. لكن القرار الإداري هو الذي يحدد كم ممرضًا معك في المناوبة، وكم تنتظر المريضة قبل أن تُفحص، وهل الدواء متوفر، وهل يُقبل بلاغك عن خطر أم يُعاقَب صاحبه. ولذلك القاعدة التي يبنى عليها الفصل كله: **الإدارة تدخل صحي**، وقد يقع الضرر بالمريض من قرارٍ في اجتماع لم يلمس فيه أحدٌ المريض.

وستحتاج هذا الفصل مرتين: حين تكون موظفًا يواجه أمرًا إداريًا مشكلًا، وحين تصير أنت رئيس وحدة أو مشرف نوبة -وهو أقرب مما تتصور.

ثلاثة ألفاظ لا تخلط بينها

الحوكمة تحدد الغاية والصلاحيات والرقابة والمساءلة، وسؤالها: من يملك القرار؟ ولمن يقدم الحساب؟ و**الإدارة** تحوّل الغاية إلى موارد وعمليات ونتائج، وسؤالها: هل تُستخدم الموارد بكفاءة وعدل؟ و**القيادة** تبني المعنى والثقة والقدرة على التغيير، وسؤالها: هل يؤثر القائد بالقدوة والحجة أم بالخوف؟

وسلطة المدير مشتقة من وظيفة وخدمة، لا امتياز شخصي. وعليه واجبات لخمسة في وقت واحد: المريض، والموظف، والمنشأة، والمجتمع، والمال العام أو أموال المساهمين. وهذه الواجبات تتعارض أحيانًا، فالمطلوب حينها **تبرير يمكن إعلانه** لا مجرد قول: «هذا من صلاحيات الإدارة».

أربع قواعد حاكمة تتكرر في كل مسألة

- **السلطة أمانة لا امتياز**: يلزم تبرير يستطيع من تأثر بالقرار أن يسمعه ويفهمه.
- **القاعدة تُعلن قبل الأسماء والنتائج**: فلا يُعدَّل معيار ترقية أو تقييم بعد ظهور المرشحين أو ظهور النتيجة.

• **السلامة والنزاهة شرط عبور**: لا يعوضهما إيراد مرتفع ولا مؤشر مالي جميل.

• **كل قرار عالي الأثر يحدد أربعة**: صاحب الصلاحية، والتوثيق، وطريق الاعتراض، وموعد المراجعة. وإن نقص واحد منها فالقرار ناقص مهما صحّ مضمونه.

قاعدة تحفظها: إذا كان القرار سريًّا إلى درجة لا يمكن شرح منطقه لمن يتأثر به، أو كان المدير يرفض تطبيق قاعدته على قريب أو مسؤول، فهذه إشارة قوية إلى خلل في العدالة أو تعارض مصلحة.

السلامة قبل الإنتاجية المجردة

لا تُقاس جودة القسم بعدد الزيارات ولا بالإيراد. وفي دراسة طولية على 138,133 مريضًا ارتفع خطر الوفاة بنحو 3% لكل يوم تعرض فيه المريض لتمريض مسجل دون متوسط الجناح.[1] والرسالة ليست رقمًا عالميًّا ثابتًا؛ بل إن **خفض الكوادر بلا تقييم عبء العمل والمهارة قرار سريري عالي المخاطر**، لا بند ميزانية.

فإن ضاقت الموارد، يُجرَّب أولًا: تقليل الهدر، وتوحيد المشتريات، وتحسين المسار، وتأجيل توسع منخفض القيمة -قبل المساس بموارد الخط الأمامي. وإن بقي نقص غير آمن، يُوثَّق الخطر ويُرفع ويُضيَّق نطاق الخدمة، ولا يُخفى.

المؤشر خادم لا معبود

قدّم دونابيديان نموذج الهيكل والعملية والنتيجة، وهو أساس متين.[2] لكن انتبه إلى المفارقة: قد تكثر المقاييس وتقلّ المعلومة المفيدة، ويتحول المؤشر من وسيلة إلى غاية. ومن آثار ذلك الموثقة: ضيق الرؤية، وقصر الأفق، والتحايل، وإضعاف الثقة.[3] فالعلاج لوحة متوازنة تجمع السلامة والنتيجة وتجربة المريض والعدالة والعاملين والاستدامة، مع حارس لكل بعد: لا مكافأة للحجم إن ساءت السلامة، وضبط شدة الحالات حتى لا يُنتقى السهل ويُترك المعقد.

الناس: تقييم وترقية وحافز

التقييم أداة تطوير ومساءلة، لا وسيلة ولاء ولا عقوبة شخصية. يُبنى على توقعات معلنة، وأدلة متعددة مؤرخة، وحوار يتيح الرد وتصحيح الوقائع، وخطة تحسين، ومسار تظلم. ولا يصح أن يُعاقب طبيب لأن قسمه يستقبل حالات أشد، ولا موظف لأن هدفًا تغيّر دون إعلان. ولا يُعدُّ الاعتراف بالخطأ نقطة سلبية تلقائيًّا، ولا يُعدُّ غياب البلاغات دليلًا على السلامة.

الترقية إسناد مسؤولية بالجدارة والسلوك المهني، لا مكافأة على القرب ولا تعويضًا عن راتب. وتُعلن المعايير والأوزان والعنصر المرجح **قبل** معرفة المتقدمين، ويُفصح عضو اللجنة عن القرابة أو المصلحة وينسحب عند التعارض الجوهري.

الحافز أثره غير محسوم علميًّا؛ فقد يدفع إلى ما يُقاس ويُهمل ما لا يُقاس.[4] فاربطه بحزمة تشمل السلامة والنتائج والإنصاف والعمل الجماعي، واجعل جزءًا منه جماعيًّا، وضع عتبة أمان: **صفر مكافأة عند مخالفة جسيمة أو تلاعب في البيانات ولو تحقق الهدف المالي**.

تعارض المصالح والإبلاغ

تعارض المصلحة **حالة خطر لا حكم إدانة**، وتفصيله في الفصل السابع عشر. وما يخص المدير هنا أن **الإفصاح لا يطهر التعارض تلقائيًّا**؛ فإن بقي لصاحب المصلحة نفوذ حاسم في قرار إداري، فالحل الأقوى الانسحاب أو نقل القرار إلى جهة مستقلة مع توثيق السبب، وإخفاء التعارض أو استغلاله يحوّل الخطر إلى مخالفة.

والفساد الإداري يبدأ قبل الجريمة المكتملة: محاباة قريب، وهدية مورد، وتوظيف صوري، وتغيير نتيجة تقييم، وتجزئة مشتريات. ووقايته بفصل الصلاحيات وإعلان المصالح والأثر التدقيقي وقنوات الإبلاغ الآمنة والحماية من الانتقام -لا بالوعظ وحده.[5]

الأساس الشرعي

الإدارة ولاية وأمانة: ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُكُمۡ أَن تُؤَدُّواْ ٱلۡأَمَٰنَٰتِ إِلَىٰٓ أَهۡلِهَا وَإِذَا حَكَمۡتُم بَيۡنَ ٱلنَّاسِ أَن تَحۡكُمُواْ بِٱلۡعَدۡلِ﴾[النساء: 58]، و﴿وَأَمْرُهُمْ شُورَى بَيْنَهُمْ﴾ [الشورى: 38]، وقال ﷺ: «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته» (متفق عليه). فمعيار الإسناد الذي دلّ عليه القرآن **القوة والأمانة** ﴿إِنَّ خَيْرَ مَنِ اسْتَأْجَرْتَ الْقَوِيُّ الْأَمِينُ﴾ [القصص: 26]؛ ويُبنى على ذلك أن المحسوبية ظلم لمن هو أكفأ وخيانة للمريض والمنشأة ولو لم تُدفع رشوة.

وثبت النهي عن هدايا العمال في حديث ابن اللتبية المتفق عليه. وفي جواب الشيخ عبدالعزيز بن باز المنشور في مجموع فتاواه (441/9) نص على أن هدية رئيس العمل «وسيلة لشر كثير» وأن الأحوط ردها.[6] ويُستفاد من الحديث والفتوى أن العبرة بسبب الهدية وتوقعها وأثرها، لا بالاسم الذي تُعطى به.

وقرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم 262 (7/26) مبادئ في الحوكمة الشرعية، منها وضوح الاختصاص والاستقلال والالتزام والرقابة.[7] ونطاق القرار مالي لا صحي؛ والذي يختاره المؤلف الاستفادة منه في المبادئ العامة قياسًا، لا بوصفه حكمًا خاصًّا بالمستشفيات.

وأخيرًا: الطاعة في المعروف، ولا طاعة في معصية، كما ثبت في الحديث. وتنزيله على العمل الإداري أنه إذا صدر أمر يضر المريض أو يخالف النظام، نبّهت رئيسك **كتابةً**، واقترحت بديلًا مشروعًا، ورفعت الأمر عبر التسلسل أو قناة السلامة والنزاهة بحسب الخطر.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
نظام الانضباط الوظيفي، م/18 في 1443/2/8هـ	المادة الرابعة: «لا يجوز إيقاع أي جزاء... إلا بعد التحقيق معه»، والمادة العاشرة توجب تناسب الجزاء وعدم تكراره على المخالفة نفسها[8]
لائحة الموارد البشرية بالخدمة المدنية	المادة 47 تجعل الترقية مرتبطة بالأداء لا استحقاقًا ملزمًا، والمادة 52 تلزم بإعلان المعايير والأوزان قبل المفاضلة، والمادتان 122-123 تقيدان تعديل التقويم بعد اعتماده[9]
نظام مكافحة الرشوة، م/36 في 1412/12/29هـ	تجريم طلب الموظف أو قبوله عطية مرتبطة بعمل الوظيفة، بعقوبة تصل إلى السجن عشر سنوات وغرامة مليون ريال أو إحداهما[10]
نظام المنافسات والمشتريات الحكومية، م/128	المادة السادسة: العلانية والشفافية وتكافؤ الفرص، والمادة 24 تمنع تجزئة الأعمال للوصول إلى صلاحيات الشراء المباشر[11]
نظام حماية المبلغين والشهود والخبراء والضحايا، م/148 في 1445/8/8هـ	برنامج حماية في النيابة العامة، وإخفاء الهوية والبيانات، ولائحته بقرار مجلس الوزراء 892[12]
نظام حماية البيانات الشخصية، م/19 في 1443/2/9هـ	ملفات الأداء والغياب والرواتب بيانات شخصية، ومعالجتها مقيدة بالغرض والمسوغ[13]
نظام مكافحة جريمة التحرش، م/96 في 1439/9/16هـ	الوقاية والحماية والعقوبة، وتزداد المسؤولية حين يكون المتهم صاحب نفوذ[14]

سياسة تكافؤ الفرص والمساواة، مجلس الوزراء 416 في 1444/6/11هـ	الجدارة وعدم التمييز في التوظيف والأجر والترقية والتدريب وظروف العمل[15]

انتبه: السياسة الداخلية لا يجوز أن تنقض حماية يقررها النظام، ولا أن تستعمل عبارة «مصلحة العمل» غطاءً لعقوبة مستترة أو تمييز أو تعارض مصلحة.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
وجوب أداء الأمانة والعدل في الحكم بين الناس والشورى	نص قطعي	النساء 58، الشورى 38
معيار الإسناد القوة والأمانة، ومسؤولية كل راعٍ عن رعيته	نص قرآني ونص نبوي	القصص 26؛ حديث «كلكم راع» (متفق عليه)
النهي عن هدايا العمال المرتبطة بالمنصب	نص نبوي	حديث ابن اللتبية (متفق عليه)
هدية المرؤوس لرئيس العمل «وسيلة لشركثير» والأحوط ردها	فتوى	الشيخ ابن باز، مجموع الفتاوى 441/9 [6]
مبادئ الحوكمة الشرعية: وضوح الاختصاص والاستقلال والالتزام والرقابة	قرار مجمعي في نطاق مالي؛ وتطبيقه على المستشفيات قياسًا اجتهاد المؤلف	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار رقم 262 (7/26) [7]
لا طاعة في معصية؛ فيُنبَّه الرئيس كتابةً ويُصعَّد الأمر الضار	نص نبوي، وتنزيله على العمل الإداري اجتهاد المؤلف	حديث «لا طاعة في معصية»
المحسوبية ظلم وخيانة ولو لم تُدفع رشوة	اجتهاد المؤلف مبني على عموم النصوص	آيات الأمانة والعدل ومعيار القوة والأمانة

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **عبادة المؤشر:** يتحول المقياس إلى غاية، فيُكافأ الحجم بينما تتدهور السلامة.
- **تغيير المعيار بعد ظهور الاسم:** ترقية قريب، أو أمر شفهي برفع تقييم مقرّب.
- **معاقبة ناقل الخبر السيئ:** تقييم انتقامي بعد بلاغ، أو تأخير تقرير عدوى حفاظًا على السمعة.
- **الاختباء خلف العبارة:** «مصلحة العمل» و«من صلاحيات الإدارة» ليستا تبريرًا، بل غيابًا للتبرير.

خلاصة عملية

قبل أي قرار إداري تشارك فيه، اسأل أربعة أسئلة: ما أثره في سلامة المريض؟ ومن الطرف الغائب صوته؟ وهل أستطيع إعلان منطقه لمن يتضرر منه؟ ومن صاحب الصلاحية وأين طريق الاعتراض وموعد المراجعة؟ وإن كنت أنت المتضرر من قرار، فاعلم أن سلاحك التوثيق والتظلم والقناة المختصة، لا الشكوى في الممرات ولا النشر في العلن.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: ضغط لرفع رقم الإنتاجية

| **السيناريو.** اشترطت الإدارة مكافأة القسم على عدد الزيارات، فبدأت الزيارات تقصر، وازدادت الإحالات المتكررة والشكاوى، بينما حقق القسم الرقم المطلوب.

| **الركن الطبي.** ارتفاع الحجم لا يثبت تحسن الخدمة. تُراجع السلامة، وقت الانتظار، إعادة الزيارة، النتائج وشدة الحالات.

| **الركن الأخلاقي.** الحافز خلق تضاربًا بين العدد وجودة الرعاية، وأوقع العبء على المرضى الأكثر تعقيدًا.

| **الركن الفقهي.** الضرر يزال، والأمور بمقاصدها؛ فلا يعتد بصورة الإنجاز إذا أفسدت غايته.

| **الركن النظامي.** تُراجع سياسة الحافز والعقد وحقوق المريض، ويُمنع التلاعب بالبيانات أو تقديم خدمة دون معيار مهني.

القرار المهني الموزون. تجمّد المكافأة حتى تدقيق البيانات، ويعاد تصميم المؤشر بحزمة تشمل الجودة والسلامة وإعادة الزيارة والإنصاف، مع عدم معاقبة القسم على بلاغات السلامة الصادقة. تُعالج الحالات المتضررة ويحدد اختبار تجريبي وموعد مراجعة.

الحالة الثانية: الطبيب النجم والتحرش

| **السيناريو.** قدمت موظفة شكوى تحرش على استشاري يجلب إيرادًا كبيرًا، فاقترح المدير حلًا وديًا ونقل الموظفة حتى لا تتأثر سمعة المركز.

| **الركن الطبي.** النقل قد يحرم الوحدة من موظفة كفؤة ويترك خطرًا على عاملات أو مريضات أخريات.

| **الركن الأخلاقي.** الميزان لا يتغير بالإيراد أو الشهرة. يلزم أمان المشتكية، وحياد التحقيق، وحق الدفاع.

| **الركن الفقهي.** حفظ العرض والكرامة ومنع الظلم واجبان؛ ولا يجوز ستر الاعتداء حمايةً للمصلحة المالية.

| **الركن النظامي.** نظام مكافحة التحرش وسياسة المنشأة يوجبان الوقاية والإجراء؛ ويمنع الانتقام أو التسوية القسرية.

القرار المهني الموزون. تتخذ حماية فورية غير عقابية للمشتكية، ويُحال التحقيق إلى جهة مستقلة مع سرية وتوثيق. يُبعد المتهم عن الاتصال ذي الخطر عند الحاجة دون إعلان إدانته، وتطبق النتيجة بلا اعتبار للإيراد، مع دعم الأطراف ومنع الانتقام.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف إدارية تتكرر، وجوابها ثابت بضابطه، ولا تحتاج إلى تحليل مطوّل بالأركان:

هدية مورد أو رحلة علمية قبل طرح منافسة. تُرفض وتُوثَّق، ويُفصح المدير وينسحب من أي تقييم يخص الشركة مدةً تحددها السياسة. وإن لزم تدريب على الجهاز مولّته المنشأة أو أُدرج في عقد معلن لجميع الموردين، بلا مرافقين ولا نفقات ترفيهية. الضابط: العبرة بسبب المنفعة وتوقيتها وأثرها في الحكم، لا بالاسم الذي تُعطى به؛ وتفصيله في الفصل السابع عشر.

خفض كادر المناوبة لتحقيق هدف مالي. لا يُنفَّذ خفض شامل قبل مراجعة عبء العمل والمهارة ووقائع السلامة، واختبار بدائل الهدر والجدولة وتوحيد المشتريات وتأجيل التوسع منخفض القيمة. فإن تعذر بلوغ حد آمن خُفض نطاق الخدمة أو عدد الأسرّة مؤقتًا مع إشعار القيادة ومراقبة يومية، بدل تشغيل خدمة غير مأمونة. الضابط: خفض الكوادر قرار سريري عالي المخاطر لا بند ميزانية.

تسريب جدول تقييمات أو رواتب بالخطأ. يُبلَّغ فريق الخصوصية والأمن فورًا، ويوقف الوصول وتُحفظ السجلات، ويقيَّم وجوب إشعار المتأثرين والجهة المختصة؛ ولا يُكتفى بطلب حذف الرسالة وكتمان الواقعة. ثم يُحقَّق في السبب ويصحَّح تصميم الصلاحيات، وتكون مساءلة المدير متناسبة مع خطئه وسلوكه بعده. الضابط: ملفات الأداء والرواتب بيانات شخصية، والإخفاء يضاعف الضرر.

تقديم قريب مسؤول على قائمة انتظار. يُرفض الطلب الشخصي بأدب ويُعرض المسار العادي، أو مراجعة سريرية مستقلة إن ادُّعي الاستعجال. وتوثَّق محاولة التدخل دون نشر بيانات المريض، وتُراجع القائمة للتأكد من وجود مسار استثناء طبي معلن ومتساوٍ للجميع. الضابط: الأولوية تحددها الحاجة والاستعجال واحتمال المنفعة لا النفوذ، والتجاوز يضر مرضى مجهولين وإن لم يظهر ضرر مباشر.

حافز مالي مرتبط بخفض وصف دواء مرتفع الكلفة. يُحوَّل إلى بروتوكول قيمة معلن يعتمد الدليل، بمراجعة صيدلة ولجنة أدوية ومسار استثناء سريع، ويُفصل دخل الطبيب الشخصي عن قرار المريض قدر الإمكان، وتُراقب حالات الحرمان والنتائج والفروق بين الفئات. الضابط: حفظ المال معتبر ما لم يُهدر منفعةً راجحة، والحافز الخفي يهدد الولاء للمريض والموافقة المستنيرة.

أمر شفهي برفع تقييم موظف مقرب. يُرفض التغيير غير المسبَّب، ويُطلب توجيه مكتوب وأساس نظامي، وتُحفظ نسخة من الأدلة، وتُحال المسألة إلى لجنة معايرة أو امتثال مستقلة؛ فإن استمر الضغط استُخدم مسار الإبلاغ دون تسريب بيانات الموظفين. الضابط: تعديل التقويم بعد اعتماده

مقيَّد بتوصية مبررة وموافقة، ولا طاعة في أمر غير مشروع.

إغلاق مرفق طرفي لضعف الإيراد. لا يُتخذ القرار على الإيراد وحده؛ يُقاس العبء الصحي والحاجة والوقت إلى البديل واستمرارية الأمراض المزمنة والطوارئ، وتُختبر بدائل كأيام تشغيل محددة وفريق متنقل وتطبيب عن بعد ونقل منظم، وتوثَّق المشاورة المحلية. فإن ثبتت سلامة الإغلاق وُضعت خطة انتقال ومؤشرات ضرر ومراجعة بعد التنفيذ. الضابط: العدالة قد تقتضي دعمًا إضافيًا للفئة البعيدة؛ وتفصيل توزيع الموارد الشحيحة في الفصل السابع والثلاثين.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. وردت شكوى شفهية على ممرض، فقرر مدير الإدارة في اليوم نفسه حسم ثلاثة أيام من راتبه «ردعًا للآخرين» دون سماع أقواله. ما مقتضى نظام الانضباط الوظيفي؟

أ) لا يجوز إيقاع أي جزاء إلا بعد التحقيق مع الموظف، ويلزم تناسب الجزاء وعدم تكراره على المخالفة نفسها

ب) يصح الجزاء لأن المدير المباشر صاحب صلاحية التقدير

ج) يصح الجزاء إذا وقّع الممرض على علمه به لاحقًا

د) يُستبدل بالحسم إنذارٌ كتابي فوري بلا تحقيق لأنه أخف

2. تقدم موظفان لرئاسة وحدة؛ أحدهما أعلى خبرةً ونتائج، والآخر قريب لمسؤول كبير طلب اختياره بحجة الثقة. ما الإجراء الصحيح؟

أ) يُختار القريب لأن الثقة معيار قيادي معتبر

ب) تتولى لجنة مستقلة المفاضلة بمعايير وأوزان معلنة سابقة، ويحجب المسؤول نفسه عن التوجيه والتصويت

ج) يكفي أن يفصح المسؤول عن القرابة ثم يشارك في التصويت

د) يُؤجَّل القرار حتى ينتقل المسؤول من موقعه

3. استشهد زميل في اجتماع بقرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 262 (7/26) على أن المجمع «أوجب على المستشفيات» هيكلًا معينًا للحوكمة. ما الرد الدقيق؟

أ) الاستشهاد صحيح، فالقرار خاص بحوكمة المستشفيات ولجان الأخلاقيات

ب) نطاق القرار مالي لا صحي؛ فيُستفاد من مبادئه العامة قياسًا، ولا يُنسب إليه حكم خاص بالمستشفيات

ج) القرار يبيح هدايا الموردين إذا أُفصح عنها، فلا صلة له بالحوكمة

د) القرار في تنظيم الحوافز المالية للأطباء لا في الحوكمة

مفتاح الإجابات

1) أ • 2) ب • 3) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Griffiths P, et al. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality. BMJ Qual Saf. 2019. الرابط

[2] Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988. الرابط

[3] Mannion R, Braithwaite J. Unintended consequences of performance measurement in healthcare. 2012. الرابط

[4] Eijkenaar F, et al. Effects of pay for performance in health care: review of reviews. 2013. الرابط

[5] European Observatory/WHO. How can health systems resist corruption? Policy Brief 75, 21April 2026. الرابط

[6] ابن باز. حكم الهدية لرئيس العمل، مجموع الفتاوى 441/9، معرف الصفحة 3564. الرابط

[7] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار 262 (7/26) بشأن الحوكمة الشرعية، دورة مايو 2025. الرابط

[8] نظام الانضباط الوظيفي، م/18 في 1443/2/8هـ، مجلس الوزراء 85 في 1443/1/30هـ. الرابط

[9] وزارة الموارد البشرية. اللائحة التنفيذية للموارد البشرية في الخدمة المدنية، النسخة المحدثة. الرابط

[10] هيئة الخبراء. نظام مكافحة الرشوة، م/36 في 1412/12/29هـ. الرابط

[11] هيئة الخبراء. نظام المنافسات والمشتريات الحكومية، م/128 وقرار 649 في 1440/11/13هـ. الرابط

[12] المركز الوطني للوثائق والمحفوظات. نظام حماية المبلغين والشهود والخبراء والضحايا، م/148 في 1445/8/8هـ. الرابط

[13] هيئة الخبراء. نظام حماية البيانات الشخصية، م/19 وتعديلاته. الرابط

[14] هيئة الخبراء. نظام مكافحة جريمة التحرش، م/96 في 1439/9/16هـ. الرابط

[15] وزارة الموارد البشرية. السياسة الوطنية لتشجيع تكافؤ الفرص والمساواة؛ قرار مجلس الوزراء 416 في 1444/6/11هـ، نشر 4 فبراير 2026م. الرابط

العلاقة بين الممارس والشركات وتضارب المصالح

Chapter 17 -Industry Relationships and Conflicts of Interest

الأجر على العمل لا على القرار.

مستوى القراءة: استزادة | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

سيأتيك مندوب شركة في أول شهور عملك. سيكون مهذبًا، ومطّلعًا، ومعه شرائح جميلة وقهوة ودعوة لمؤتمر. وهو ليس عدوًّا؛ فالرعاية الحديثة لا تستغني عن الصناعة: هي التي تطوّر الدواء والجهاز، وتموّل التجارب، وتدرّب على منتجات معقدة. لكن الشركة -بطبيعتها -تسعى إلى بيع منتجها، وأنت تحمل أمانة اختيار ما يلائم مريضك وفق الدليل والسلامة والتكلفة.

وهنا مكمن المعضلة: **المريض لا يشتري الدواء كما يشتري سلعة عادية**؛ هو يعتمد على وصفةٍ ممن يثق بعلمه ونصحه. وعضو لجنة الأدوية لا يقرر في ماله، بل في علاج فئات من المرضى وميزانية مشتركة. فتصير العلاقة التجارية جزءًا من أخلاقيات القرار، حتى إن لم يقع فساد ظاهر.

تضارب المصالح: حالة خطر لا حكم إدانة

تضارب المصالح ظرف توجد فيه **مصلحة ثانوية** يمكن أن تؤثر -أو يبدو أنها تؤثر - في الحكم الأولي المتعلق بالمريض أو العلم أو المال المؤسسي. وقد تكون نقدًا، أو سفرًا، أو ضيافة، أو أسهمًا، أو ترقية، أو شهرة، أو دعمًا للقسم، أو فرصة بحثية.

ولا يلزم لإثباته أن يثبت الانحياز فعلًا، ولا يساوي بذاته رشوةً أو خطأً علاجيًا. وميّز بين ثلاثة أوصاف: **فعلي** (عضو لجنة شراء يتقاضى من أحد المتنافسين)، و**محتمل** (قد تنشأ سلطة قرار لاحقًا)، و**ظاهري** (يستطيع شخص معقول أن يشك في استقلال القرار ولو لم يثبت تأثير). والثالث مهم لأن الطب يقوم على الثقة، لكنه لا يتحول إلى إدانة بمجرد انطباع.

وأخطر ما في الباب أن التأثير لا يعمل كصفقة واعية. قد ينشئ امتنانًا، أو ألفةً باسم منتج، أو انطباعًا أن الشركة «شريك علمي»، أو انتقائيةً في تذكّر المعلومات. فلا تكفي

عبارة «أنا لن أتأثر»؛ الاختبار المهني تقليل التعرض القابل للمنع، والرجوع إلى مصادر مقارنة، ومراجعة أنماط وصفك.

أربع قواعد تختصر الفصل

- **العبرة بحقيقة العلاقة لا باسمها:** مبلغ يزيد بزيادة الوصف عمولةٌ محظورة وإن سُمِّي «بدل تعاون».
- **الحاجة تسبق الإفصاح:** السؤال الأول ليس «هل أفصحت؟» بل: هل النشاط لازم أصلًا، ومن المستفيد الأول منه؟
- **الإفصاح يكشف التعارض ولا يمحوه:** فما كان محظورًا في أصله يُمنع ولا يُدار.
- **القناة المؤسسية أسلم من العلاقة الشخصية:** تحويل الدعم إلى الجهة يبقي النفع ويقطع أثر المجاملة.

الدوائر الثلاث: أين تقع علاقتك؟

الدائرة المحظورة: نقد أو منفعة مقابل الوصف أو الصرف أو الإحالة أو الشراء، والاستشارة الصورية، والرحلة الترفيهية، وإخفاء علاقة جوهرية في لجنة، وتزوير البحث أو حجب نتائجه، والإعلان الصحي المضلل. والإفصاح لا يصلح هذه العلاقات.

الدائرة المشروطة: الرعاية التعليمية، والاستشارات الحقيقية، والبحث الممول، والعينات، والتدريب على الأجهزة. تُقبل عند وجود حاجة ومؤسسية وتوثيق واستقلال وتناسب، مع التنحي إذا بقي التعارض مؤثرًا.

الدائرة المقبولة غالبًا: التدريب الفني الضروري لفريق المؤسسة، والمعلومات المتوازنة التي تذكر القيود والبدائل، ودعم عام لا تختار الشركة مستفيديه.

قاعدة تحفظها: كل علاقة لا تحتمل التسجيل والشرح أمام المريض والمؤسسة والجهة الرقابية لا تصلح أن تبقى علاقة مهنية.

العينة الدوائية: نفع فوري وخطر ممتد

العينة قد تنفع مريضًا عاجزًا أو تسمح ببدء قصير حتى يكتمل الصرف. لكنها **ليست برنامج وصول عادلًا ولا بديلًا مستدامًا**. وقد أظهرت تجربة على قرارات أطباء مقيمين أن اختيار الأدوية غير المعلن عنها والبدائل المتاحة قلّ عند إتاحة العينات؛ وبعد إغلاق خزانة عينات في عيادة جامعية ارتفعت وصفات الأدوية الجنيسة لغير المؤمَّن عليهم من 12% إلى 30%.[1، 2]

فاسأل نفسك قبل أن تمد يدك إلى الخزانة: هل هذا الدواء هو الأفضل **قبل** علمي بوجود العينة؟ وهل يستطيع المريض الاستمرار عليه بعد نفادها؟ وهل يوجد جنيس مساوٍ؟ وهل شُرح له أنها عينة لا توصية تفضيلية؟ فإن غابت الاستدامة، فدعم وصول المريض إلى علاج ثابت خيرٌ من بدء منتج لا يستطيع مواصلته.

الأجر مقابل العمل لا مقابل القرار

الأصل أن أجرة المحاضرة أو الاستشارة عوض مشروع عن عمل حقيقي. والفرق العملي بسيط: **الأجر المشروع يُدفع مقابل وقت وخبرة ومخرجات يمكن تقويمها، أما العمولة فتزداد بزيادة القرار الذي ينفع الدافع.** ويُشترط في العوض المهني: حاجة سابقة موثقة، ونطاق عمل ومخرجات معلومة، وقيمة سوقية عادلة، وعقد قبل بدء الخدمة. ولا يرتبط المقابل بعدد الوصفات أو المبيعات أو الإحالات أو نتيجة البحث. وإذا كنت صاحب قرار شراء أو بروتوكول يخص الشركة، **فالعقد العادل لا يغني عن التنحي.**

وكذلك في جودة الدليل: العرض الذي يبرز النتيجة النسبية، أو يقارن بجرعة ضعيفة، أو يقتطع تحليلًا فرعيًّا، أو يحوّل دراسة حيوانية إلى وعد سريري -هو دعاية ولو قدّمه متحدث ذو لقب أكاديمي. وقد خلصت مراجعة Cochrane سنة 2017، وضمت 75 ورقة، إلى أن الدراسات الممولة من الصناعة كانت أكثر وصولًا إلى نتائج فعالية مؤيدة للمنتج بنسبة خطر 1.27، وإلى استنتاجات مؤيدة بنسبة 1.34.[3]

قواعد الجيب: ماذا تفعل حين يأتيك المندوب؟

هذه القواعد تكفيك في أكثر المواقف التي ستواجهها فعلًا:

الموقف	القاعدة	الضابط
هدية شخصية: نقد، قسيمة، جهاز، تذكرة	ارفض	ما لم يكن ليُقدَّم لك لولا وظيفتك
مادة تذكارية رمزية	جائزة نظامًا بسقف	100 ريال للمادة و500 سنويًا؛ وقد تمنعها منشأتك، وفي حكمها الشرعي خلاف يأتي في الأساس الشرعي[4]
عينة دوائية	عبر الصيدلية لا درجك	تُوثَّق، ولا تُباع، ويُخبَر المريض ببدائلها وكلفة الاستمرار[5]
رعاية سفر ومؤتمر	عبر المؤسسة لا للفرد	نفقات أصلية معتدلة، لا مرافقين ولا ترفيه

مؤتمر يغلب عليه الطابع السياحي	ارفض	العبرة بالغرض الغالب لا بالعنوان
محاضرة مدفوعة	مقبولة بشروط	تُعدّ المادة بنفسك، وتذكر القيود والبدائل، وتُعلن التمويل قبل المحتوى
شرائح جاهزة من الشركة	ارفض	دعاية مقنّعة ولو كان الأجر عادلًا
عشاء بعد محاضرة نافعة	جائز إذا لم يؤثر	ضيافة معقولة مقصورة على النشاط
استشارة وأنت صاحب قرار شراء	تنحٍّ أو رفض	العقد العادل لا يغني عن التنحي

وثلاثة أسئلة تحسم ما لم يرد في الجدول: هل كانت هذه المنفعة ستصل إليّ لولا موقعي المهني؟ وهل أستطيع تسجيلها وشرحها أمام المريض والمؤسسة والجهة الرقابية؟ وهل ترتبط -ولو بعد حين -بقرار وصفٍ أو شراءٍ أو إحالة أملكه؟ فإن كان الجواب عن الأول «لا»، أو عن الثاني «لا»، أو عن الثالث «نعم»، فالعلاقة لا تصلح.

وتذكّر أن الطالب والمتدرب ليسا خارج هذه القواعد؛ بل هما أكثر عرضةً لها لأن الشركة تبني ألفةً مبكرة باسم المنتج قبل أن تُبنى مهاراتك في نقد الدليل. فاجعل مصدر معلوماتك الدوائية النشرة المعتمدة والمصادر المستقلة، وعامل عرض المندوب بوصفه دعوى تحتاج إلى دليل لا خلاصةً علمية.

الأساس الشرعي

الأصل عند جمهور الفقهاء في المعاملات الإباحة، وفي الأجرة على العمل المباح الجواز. لكن صفتك تضيف أمانةً ونصحًا وولايةً على قرار يمس النفس والمال: ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُكُمۡ أَن تُؤَدُّواْ ٱلۡأَمَٰنَٰتِ إِلَىٰٓ أَهۡلِهَا﴾[النساء: 58]، ﴿وَلَا تَأۡكُلُوٓاْ أَمۡوَٰلَكُم بَيۡنَكُم بِٱلۡبَٰطِلِ﴾[البقرة: 188]، و«الدين النصيحة».

وفي حديث ابن اللتبية قال النبي ﷺ عن العامل الذي قال: هذا لكم وهذا أهدي لي: «فهلا جلس في بيت أبيه وأمه فينظر أيهدى له أم لا؟»؛ رواه البخاري برقم 7174 ومسلم برقم 1832.[6، 7] والمعيار عملي: **هل كانت المنفعة ستصل إليك لولا وظيفتك وسلطتك؟** وورد: «لعن رسول الله ﷺ الراشي والمرتشي» في سنن أبي داود رقم 3580 والترمذي رقم 1337.[8]

وجاء في فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء رقم 21772 بشأن هدايا

شركات الأدوية للأطباء: «لا يجوز للطبيب أن يقبل الهدايا من شركات الأدوية؛ لأن ذلك رشوة محرمة»، وعدّت مندوب الشركة الذي يقدمها رائشًا.[9] وقرر الشيخ عبد العزيز بن باز في المادة رقم 11716 أن ما يجعل العامل يميز شركة ويتساهل مع غيرها لا يجوز لأنه خيانة، وفرّق عن هدية لسبب مستقل لا تؤثر في العمل.[10] وفي قرار مجلس الإفتاء الأردني رقم 145 (2010/10) الصادر في 1431/8/17هـ الموافق 2010/7/29م: «لا يحل للأطباء وغيرهم أخذ الهدايا من مندوبي الشركات» إذا رُجي نفع المهدي وقد تؤثر في القرار، وأجاز حضور المحاضرة النافعة وما يتبعها من عشاء إذا لم يؤثر.[11] ثم فرّقت فتوى الدائرة رقم 3843 بتاريخ 2023/12/17م بين الهدية المؤثرة فتحرم وغير المؤثرة.[12]

فالمسألة إذن على قولين: منعٌ مطلق لهدايا شركات الأدوية للأطباء كما في فتوى اللجنة الدائمة، وتفصيلٌ بين الهدية المؤثرة في القرار فتحرم وغير المؤثرة فتجوز كما في فتوى الشيخ ابن باز والإفتاء الأردني. والذي يختاره المؤلف في التنزيل الأخذ بالتفصيل مع تقييده بالضوابط النظامية في المدونة، وهي أضيق من التفصيل الفقهي؛ فما أجازه النظام بسقفٍ لا يرفع الخلاف الفقهي، ومن أخذ بفتوى اللجنة الدائمة امتنع عنه احتياطًا. وقاعدة «الأجر على العمل لا على القرار» وسلّمُ المعالجة المذكور في الخلاصة تكييفٌ من المؤلف مبني على هذه النصوص والفتاوى.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
نظام مزاولة المهن الصحية، م/59 في 1426/11/4هـ	المادة الثانية عشرة: «يحظر عليه طلب عمولة أو مكافأة أو قبولها أو أخذها، كما يحظر عليه الحصول على أي منفعة لقاء الترويج، أو الالتزام بوصف أدوية أو أجهزة أو توجيه المرضى إلى صيدلية معينة، أو مستشفى أو مختبر محدد»[13]
اللائحة التنفيذية، قرار وزير الصحة 4080489 في 1439/1/2هـ	البند 2-12 يحظر أي منفعة مادية أو معنوية من شركات الأدوية بقصد الترويج؛ والمادة الرابعة عشرة تحظر بيع العينات مطلقًا؛ والبند 2-14 يجيز حفظها في مقر العمل وصرفها بلا مقابل عند الضرورة؛ والمادة التاسعة والعشرون غرامة لا تزيد على خمسين ألف ريال[5]
المدونة السعودية لأخلاقيات ممارسة تسويق	البند 2-26 يمنع أي مبالغ للحث على الوصف أو الصرف؛ والبند 2-27 يجيز مواد تذكارية رمزية بحد أقصى 100 ريال للمادة و500

المستحضرات الصيدلانية والعشبية	ريال سنويًا؛ والمادة 7 تقصر الضيافة على النفقات الأصلية وتمنع المرافقين والترفيه؛ والمادة 8 تشترط حاجة سابقة واتفاقًا خطيًّا ومخرجات[4]
نظام مكافحة الرشوة، م/36 في 1412/12/29هـ	المادة الأولى: كل موظف عام طلب أو قبل أو أخذ وعدًا أو عطية لأداء عمل من أعمال وظيفته «ولو كان هذا العمل مشروعًا» يُعد مرتشيًا[14]
لائحة تنظيم تعارض المصالح في المنافسات والمشتريات، مجلس الوزراء 537 في 1441/8/21هـ	المادة الخامسة توجب تجنب التعارض والإفصاح كتابةً فور العلم وعدم التصويت؛ والمادة السابعة توجب الاستبعاد إذا تعذر علاج التعارض بفاعلية[15]
نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، م/59 في 1431/9/14هـ	المادة الثالثة تمنع البحث قبل استكمال الإجراءات، والمادة 13 توثيق الموافقة بعد التبصير، والمادة 16 تقديم المصلحة المتوقعة على الضرر المحتمل
نظام التجارة الإلكترونية، م/126 في 1440/11/7هـ	المادة العاشرة تعد الإعلان الإلكتروني وثيقة تعاقدية، والحادية عشرة تحظر الادعاء الكاذب أو المضلل

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
وجوب أداء الأمانة، وتحريم أكل المال بالباطل	نص قطعي	النساء 58، البقرة 188
تحريم هدايا العمال المرتبطة بالمنصب («فهلا جلس في بيت أبيه وأمه»)	نص نبوي	حديث ابن اللتبية [6، 7]
لعن الراشي والمرتشي	نص نبوي	سنن أبي داود والترمذي [8]
هدايا شركات الأدوية للأطباء رشوة محرمة، ومندوب الشركة رائش	فتوى	اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء، الفتوى رقم 21772 [9]
تحريم ما يجعل العامل يميّز شركة ويتساهل مع غيرها، وجواز الهدية لسبب مستقل لا تؤثر في العمل	فتوى	الشيخ ابن باز، المادة رقم 11716 [10]
التفريق بين الهدية المؤثرة فتحرم وغير المؤثرة، وجواز حضور المحاضرة النافعة وما	فتوى	مجلس الإفتاء الأردني، القرار 145 (2010/10)؛

يتبعها من ضيافة إذا لم تؤثر		دائرة الإفتاء، الفتوى 3843 [11، 12]
الأصل في المعاملات الإباحة والأجرة على العمل المباح جائزة؛ وضابط «الأجر على العمل لا على القرار» وسلّم المعالجة	قاعدة كلية راجحة؛ وتنزيلها اجتهاد المؤلف	القواعد الفقهية العامة والفتاوى السابقة [9، 10، 11]

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **العينة تقود الوصفة:** يبدأ العلاج بدواء لأنه متوفر لا لأنه الأنسب، فيتحمل المريض كلفة الاستمرار.
- **جمع الدورين:** صاحب قرار شرائي يوقّع عقدًا مع شركة ويبقى في المواصفات أو التصويت بلا تنحٍّ.
- **الإعلان في ثوب النصيحة:** محتوى مدفوع بالزي المهني وادعاء غير مرخص وإفصاح مخفي في آخر السطور.
- **ربط الدخل بقرار مريض بعينه:** حافز يزيد أو ينقص بقبول خدمة أو رفضها لشخص محدد.

خلاصة عملية

لا تبدأ بالإفصاح، ابدأ بالحاجة: ما النشاط حقيقةً -تعليم أم تسويق أم شراء أم بحث؟ ثم أثبت الحاجة **قبل** معرفة اسم الشركة وقيمة العرض. ثم طبّق سلّم المعالجة بترتيبه: إزالة العلاقة غير الضرورية، أو تحويلها إلى المؤسسة، أو تقييد دورك، أو مراجع مستقل، أو التنحي، ثم الإفصاح أخيرًا. ووثّق العلاقة بتفصيلها، وحدّث الإفصاح كلما تغيرت لا مرة في السنة. وتذكّر أن الضابط الجامع: **الأجر على العمل، لا على القرار.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالتان الآتيتان اخترتا لتغطيا أبرز صور العلاقة وأخطرها: عقد الاستشارة مع صاحب قرار شرائي، والترويج الرقمي للمكملات. وتُحلَّل كل حالة على الأركان الأربعة، وهي تعليمية لا تقرر مسؤولية جزائية أو مدنية في واقعة بعينها؛ فذلك يحتاج تحقيقًا واختصاصًا رسميًّا.

الحالة الأولى: استشارة مدفوعة مع شركة تدخل منافسة المستشفى

السيناريو. تتعاقد شركة أجهزة طبية مع رئيس قسم العظام في مستشفى حكومي ليكون «مستشارًا علميًّا» بمبلغ شهري، مع محاضرات مدفوعة في ندوات تنظمها الشركة. وفي الوقت نفسه

يطرح المستشفى منافسة عامة لتحديث أجهزة المفاصل الصناعية، والشركة من المتنافسين أو ذوي المصلحة في المواصفات الفنية. لا يلزم العقد الطبيب بتفضيل الشركة، لكن توقيته وموقع الطبيب القيادي وقربه من التوصية الفنية تجعل التعارض جوهريًّا.

| **الركن الطبي.** الأثر يمتد إلى بيئة علاجية كاملة: المواصفات الفنية، وتوصيات الفريق، وتفضيل نوع من المفاصل، وما ينعكس منها على مآلات المرضى ونسب المضاعفات وتكلفة الخدمة. وقد يكون جهاز الشركة جيدًا فعلًا، لكن العقد المالي مع صاحب التأثير يُضعف موضوعية المفاضلة، وقد يحجب بدائل أكثر أمانًا أو أقل تكلفة.

| **الركن الأخلاقي.** يجمع الممارس بين موقعين لا يختلطان بلا حوكمة: الخبير المؤثر في القرار، والمتعاقد ماليًّا مع شركة ذات مصلحة فيه. فتُخل الصورة بالعدالة تجاه المرضى والموردين، وبالثقة في التوصية ولو كانت صحيحة. والمحاضرات المدفوعة قد تبني مكانة المنتج بصوت رئيس القسم فيختلط التعليم بالتسويق.

| **الركن الفقهي.** الاستشارة العلمية الحقيقية جائزة في أصلها: عمل فعلي بعقد واضح وأجر عادل من غير تأثير في قرار مؤتمن عليه؛ فالأجر على العمل لا على القرار. لكن تزامن العقد مع قرار شراء يمس الشركة يُضعف وصف الأجر المشروع ويقوّي كونه ذريعة إلى النفوذ، كما في حديث ابن اللتبية [6، 7]، وفيما قرره الشيخ ابن باز من تحريم ما يجعل العامل يميّز شركة ويتساهل مع غيرها. [10] وتحكمه «الأمور بمقاصدها» و«سد الذرائع» و«تصرف الراعي منوط بالمصلحة»، ومقصدا حفظ النفس وحفظ المال العام.

| **الركن النظامي.** توجب المادة الخامسة من لائحة تنظيم تعارض المصالح في المنافسات والمشتريات الحكومية تجنب التعارض والإفصاح عنه كتابةً فور العلم وعدم التصويت، وتوجب المادة السابعة الاستبعاد إذا تعذر علاج التعارض بفاعلية. [15] وتشترط المادة الثامنة من المدونة السعودية للاستشارة حاجة سابقة واتفاقًا خطيًّا ومخرجات. [4] وإذا ارتبطت المنفعة بأداء عمل وظيفي عُدّ الموظف العام مرتشيًا بنص المادة الأولى من نظام مكافحة الرشوة «ولو كان هذا العمل مشروعًا». [14] والمسؤولية مهنية وإدارية ومدنية وقد تكون جزائية.

القرار المهني الموزون. تجوز الاستشارة الحقيقية إذا انفصلت عن قرارات الشراء والتوصية، ووُثّقت وأُقرّت مؤسسيًّا بأجر عادل. أما وهو صاحب تأثير في منافسة تخص الشركة فالواجب الإفصاح الكتابي والتنحي عن كل ما يتعلق بالمواصفات والتقييم والتصويت؛ فإن تعذّر إزالة التعارض رُفض العقد أو عُلّقت العلاقة حتى انتهاء القرار المؤسسي. واستُبعد الاكتفاء بالإفصاح لأنه يكشف التعارض ولا يمحوه، والرفض المطلق لكل تعامل لأن الاستشارة الحقيقية مشروعة. ويُراجع الموقف عند كل منافسة جديدة أو تغير في دوره.

الحالة الثانية: ممارس مؤثر يروج مكملًا بعلاقة غير واضحة

| **السيناريو.** ينشر طبيب مشهور في منصات التواصل مقاطع مرئية بزيه المهني داخل عيادته يروج فيها لمكمل غذائي تنتجه شركة تجارية، بعبارات توحي بقدرته على الوقاية من الجلطات أو تحسين السكري أو تقوية المناعة، مقابل عقد رعاية مدفوع. ولا يبيّن أن المحتوى إعلان مدفوع، أو يذكره بعبارة هامشية لا يلتفت إليها المتابع.

| **الركن الطبي.** الادعاء العلاجي أو الوقائي غير المثبت خرق لأصول الطب المبني على الدليل؛ فالمكمل ليس دواءً بمجرد تسويقه، ولا يجوز تقديمه بديلًا عن العلاج أو وسيلة مؤكدة للوقاية بلا دليل وترخيص. والخطر أن يترك بعض المرضى أدوية أساسية أو يؤخروا المراجعة فتقع مضاعفات، والترويج العام لا يراعي اختلاف الحالات والتداخلات الدوائية.

| **الركن الأخلاقي.** يستغل الممارس سلطته المعرفية وثقة الجمهور بالزي والمكان؛ فالمتابع يتلقى الرسالة نصيحةً لا إعلانًا، وإخفاء العلاقة المالية خداع في مصدر التوصية ودوافعها. ويُمس الاختيار المستنير والعدالة والنفع ومنع الضرر إذا تُرك العلاج أو تأخر التشخيص، واستعمال الرموز المهنية في البيع يضر بكرامة المهنة.

| **الركن الفقهي.** مدار التكييف على الغش والتدليس وأكل أموال الناس بالباطل إذا تضمنت الرسالة ادعاءً غير صحيح أو أخفت المصلحة المالية؛ فالكسب من إعلان مضلل كسب غير مشروع بقدر التضليل والضرر. وتحضر «الأمور بمقاصدها» فالمقصد التسويق لا التثقيف، و«لا ضرر ولا ضرار»، وسد الذرائع لئلا يشيع العلاج الوهمي؛ وتتصل بحفظ النفس والعقل والمال. وفتوى دائرة الإفتاء الأردنية رقم 3843 في التفريق بين العلاقة المؤثرة وغير المؤثرة تدل على أن ما يُقصد به توجيه الناس بالمال ممنوع. [12]

| **الركن النظامي.** تحظر المادة الثانية عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية المنفعة لقاء الترويج [13]، ويحظر البند 2-12 من اللائحة التنفيذية المنفعة المادية أو المعنوية من الشركات بقصد الترويج. [5] ويخضع الإعلان عن المنتجات الصحية لدليل ضوابط الإعلان الصادر عن الهيئة العامة للغذاء والدواء [17] ولنظام المنشآت والمستحضرات الصيدلانية والعشبية [18]، وتمنع المدونة السعودية الإعلان الصحي المضلل. [4] ويعدّ نظام التجارة الإلكترونية في المادة العاشرة الإعلان الإلكتروني وثيقة تعاقدية، وتحظر المادة الحادية عشرة الادعاء الكاذب أو المضلل. [19] وتشتد الخطورة إذا استُعمل لباس أو شعار يوهم بالاعتماد الرسمي.

القرار المهني الموزون. لا يجوز الترويج لمكمل بادعاءات علاجية أو وقائية غير مثبتة أو غير مرخصة، فيُوقف المحتوى ويُصحح. وإن كان الإعلان جائزًا في أصله لمنتج مرخص وادعاء معتمد، وجب إفصاح واضح في صدر المحتوى لا في هامشه، ورسالة صادقة متوازنة تذكر القيود، وامتناع عن الزي والعيادة وشعار المؤسسة، وعدم تقديم المنتج بديلًا عن العلاج. واستُبعد القول بأن المكملات خارج ضوابط الإعلان وأن الإفصاح الهامشي يكفي. ويُراجع كل محتوى مدفوع قبل نشره وفق سياسة

المنشأة.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. عرض عليك مندوب عينات من دواء حديث غالي الثمن لمريض مؤمَّن عليه تأمينًا محدودًا، و أنت تعلم أن هناك بديلًا جنيسًا مساويًا. ما التصرف الأسلم؟

أ) تُبدأ العينة لأنها مجانية وتوفّر على المريض كلفة الشهر الأول

ب) يُختار الدواء الأنسب سريريًّا بغض النظر عن العينة، وتُقدَّر قدرة المريض على الاستمرار قبل البدء

ج) تُبدأ العينة ثم يُنقل المريض إلى الجنيس عند نفادها

د) تُؤخذ العينة وتُخزَّن في درج العيادة لمن يحتاجها لاحقًا

2. عرضت شركة رعاية ورشة تدريب على جهاز لقسمك، فبدأ الاجتماع بمناقشة من يُرشَّح للحضور وقيمة الرعاية، على أن «يُفصح الجميع لاحقًا». ما الخطأ المنهجي؟

أ) لا خطأ؛ فالإفصاح اللاحق يجعل أي علاقة مقبولة ما دامت معلنة

ب) الخطأ أن الإفصاح لا فائدة منه أصلًا فلا داعي لذكره

ج) الخطأ أن الاجتماع لم يشترط تنحي رئيس القسم فقط

د) الخطأ أن الحاجة تسبق الإفصاح: تُثبت الحاجة التدريبية قبل معرفة اسم الشركة وقيمة العرض، ثم تُحوَّل الرعاية عبر المؤسسة بمعايير لا تختار الشركة مستفيديها، ويأتي الإفصاح آخر السلّم

3. عرض مندوب على مقيمٍ تذكرة سفر و إقامة لمؤتمر علمي حقيقي في الخارج، مع مقعد لمر افقه، «تقديرًا لتميزه». ما الأسلم؟

أ) القبول لأن المؤتمر علمي حقيقي والمقيم لا يملك قرار شراء

ب) القبول بشرط الإفصاح عنه لرئيس القسم

ج) القبول دون المرافق فقط

د) الرفض بصيغته؛ فالرعاية تكون عبر المؤسسة أو لجنة التعليم بمعايير معلنة لا تختار الشركة مستفيديها، وبنفقات أصلية معتدلة بلا مرافقين ولا ترفيه

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) د • 3) د

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Adair RF, Holmgren LR. Do drug samples influence resident prescribing behavior? A randomized trial. Am J Med. 2005;118:881–884. PubMed

[2]Miller DP, et al. The impact of drug samples on prescribing to the uninsured. South Med J. 2008;101:888–893. doi:10.1097/SMJ.0b013e3181814d52. PubMed

[3]Lundh A, et al. Industry sponsorship and research outcome. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2:MR000033. doi:14651858/10.1002.MR000033.pub3. PubMed

[4] الهيئة العامة للغذاء والدواء. المدونة السعودية لأخلاقيات ممارسة تسويق المستحضرات الصيدلانية والعشبية، النسخة 3؛ تحديث 2022/8/7م، تطبيق 2022/9/7م. الرابط

[5] وزارة الصحة/الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية؛ قرار وزير الصحة 4080489 بتاريخ 1439/1/2هـ. المصدر الرسمي

[6] صحيح البخاري، كتاب الأحكام، باب هدايا العمال، حديث 7174.

[7] صحيح مسلم، كتاب الإمارة، باب تحريم هدايا العمال، حديث 1832.

[8] سنن أبي داود، كتاب الأقضية، حديث 3580؛ وجامع الترمذي، أبواب الأحكام، حديث 1337: لعن الراشي والمرتشي.

[9] اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. الفتوى رقم 21772: هدايا شركات الأدوية للأطباء وعمل المندوب؛ مجموعة فتاوى اللجنة، موضعها المنشور 23/570–571؛ لا يظهر تاريخ صدور مستقل في النسخة الجامعة المتاحة.

[10] ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. حكم قبول العامل هدية من عملائه؛ المادة رقم 11716، دون تاريخ مستقل ظاهر في الصفحة. المصدر الرسمي

[11] مجلس الإفتاء والبحوث والدراسات الإسلامية، الأردن. القرار رقم 145 (2010/10): حكم أخذ الموظف الهدايا الشخصية؛ 1431/8/17هـ الموافق 2010/7/29م. الرابط

[12] دائرة الإفتاء العام الأردنية. الفتوى رقم 3843: حكم الهدايا المقدمة للأطباء؛ 2023/12/17م. الرابط

[13] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية؛ المرسوم الملكي م/59 بتاريخ 1426/11/4هـ، وقرار مجلس الوزراء 276 بتاريخ 1426/11/3هـ. المصدر الرسمي

[14] المملكة العربية السعودية. نظام مكافحة الرشوة؛ المرسوم الملكي م/36 بتاريخ 1412/12/29هـ، وقرار مجلس الوزراء 175 بتاريخ 1412/12/28هـ. المصدر الرسمي

[15] المملكة العربية السعودية. لائحة تنظيم تعارض المصالح في تطبيق نظام المنافسات والمشتريات الحكومية؛ قرار مجلس الوزراء 537 بتاريخ 1441/8/21هـ. المصدر الرسمي

[16]Tjia J, et al. Medicare beneficiaries and free prescription drug samples: a national survey. J Gen Intern Med. 2008;23:709–714. doi:10.1007/s2-0568-008-11606. PubMed

[17] الهيئة العامة للغذاء والدواء. دليل ضوابط الإعلان عن المنتجات الخاضعة لإشراف الهيئة؛

صفحة الدليل الرسمية، آخر تحديث ظاهر 2024/7/15م. الرابط

[18] المملكة العربية السعودية. نظام المنشآت والمستحضرات الصيدلانية والعشبية؛ المرسوم الملكي م/108 بتاريخ 1441/8/22هـ، وقرار مجلس الوزراء 534 بتاريخ 1441/8/21هـ. المصدر الرسمي

[19] المملكة العربية السعودية. نظام التجارة الإلكترونية؛ المرسوم الملكي م/126 بتاريخ 1440/11/7هـ. المصدر الرسمي

أخلاقيات التأمين الصحي وتمويل الرعاية

Chapter 18 -Ethics of Health Insurance and Care Financing

الطوارئ لا تنتظر، والحقيقة لا تُعدَّل.

مستوى القراءة: استزادة | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

ستكتب في أول سنواتك عشرات طلبات الموافقة، وستقف أمام مريض يسألك: «لماذا رفض التأمين؟» وأنت لا تعرف الجواب. وهذا الفصل يعطيك المفتاح: **التأمين الصحي ليس وعدًا بعلاج غير محدود، ولا رخصة مالية لرفض العلاج.** هو آلية لتجميع المخاطر وشراء الخدمات ضمن عقد وقواعد عامة.

والقسط لا يشتري نتيجة صحية مضمونة؛ إنما ينقل خطر النفقات غير المتوقعة من الفرد إلى وعاء جماعي.[1] فيجتمع في العقد بعدان: **حق فردي** ناشئ عن التغطية، و**أمانة جماعية** تقتضي ألا تُهدر أموال المشتركين في تدخل غير نافع. وينشأ التوتر الأخلاقي حين تكون الشركة في الوقت نفسه مفسِّرةً للوثيقة، ومقيِّمةً للحاجة، ودافعةً للتكلفة.

أربعة ألفاظ لا تخلط بينها

الوثيقة تحدد المنافع والاستثناءات والحدود ونسب التحمل. و**الشبكة** تحدد من يقدم الخدمة وبأي مسار، ويجب أن تكون كافية جغرافيًّا وتخصصيًّا. و**الموافقة المسبقة** أداة إجرائية للتحقق، **وليست منفعة مستقلة ولا حكمًا نهائيًّا على الضرورة.** و**الترميز والفوترة** لغة إدارية، لا يجوز أن يطغى خطؤها القابل للتصحيح على حقيقة حالة طبية عاجلة.

أهم فكرة في الفصل: الرفض أربعة أنواع

- **غير لازم طبيًّا**: علاجه تسبيب سريري ومراجعة نظير واستثناء موثق.
- **خارج المنفعة أو تجاوز الحد**: علاجه إيضاح النص والبدائل والتحقق من الحد النظامي.
- **إداري لنقص مستند أو ترميز**: علاجه قائمة نواقص واحدة محددة، لا رفض عام

متكرر.

• **مالي أو شبكي**: علاجه ترتيب بديل مكافئ أو الموافقة خارج الشبكة.

وخلط هذه الأنواع في عبارة واحدة -«غير مغطى» -**يحرم المريض والطبيب من اعتراض مفهوم**. فإذا وصلك رفض، فأول سؤالك: من أي نوع هو؟

هل رفض العلاج بسبب الكلفة غير أخلاقي دائمًا؟

ليس دائمًا. لا يستطيع أي نظام تمويل شراء كل تدخل مهما كان أثره أو سعره. وقد يكون عدم التمويل **منصفًا** إذا كان الدليل ضعيفًا، أو المنفعة هامشية جدًّا، أو يوجد بديل مكافئ أقل كلفة، أو كان القرار جزءًا من حزمة عامة معلنة طُبقت على الجميع.

لكنه يصير **غير أخلاقي** إذا كان الغرض الحقيقي تحسين الربح بعد تحقق الخطر، أو طُبق على مريض بعينه بقاعدة غير معلنة، أو استند إلى تشخيص آلي خاطئ، أو لم يعرض بديلًا، أو تجاهل الضرر الزمني، أو استهدف مرضًا أو إعاقة أو عمرًا بلا مبرر سريري.

ومعيار «**المساءلة عن المعقولية**» عند Daniels وSabin (علانية الأسباب، وصلتها بأدلة وقيم مقبولة، وإتاحة الاعتراض، وجهة تضمن التطبيق) تفصيله في الفصل السابع والثلاثين.[2] ويضيف الفصل شرطين خاصين بالرعاية المؤمَّنة: **مهلة تتناسب مع الخطر السريري، وقرار يحدد البديل أو مسار الأمان عند الرفض.**

قاعدة تحفظها: لا يُسأل أولًا: «هل الخدمة غالية؟» بل: هل هي لازمة وفعالة لهذا المريض؟ وهل يشملها الحد التعاقدي أو النظامي؟ وهل يوجد بديل أقل كلفة مماثل المنفعة؟ وما الضرر المتوقع من التأخير؟

الطوارئ باب مستقل

إذا كان التأخير يهدد الحياة أو العضو أو يوقع عجزًا، **تبدأ الرعاية ويُستكمل المسار المالي دون تعطيل الإنقاذ**. وتُعفى الطوارئ والتنويم من نسبة التحمل في الوثيقة الأساسية، ويلزم تنظيم المنشآت الصحية الخاصة بتقديم العلاج في حالات الطوارئ الخطرة دون طلب المقابل قبل العلاج.[3، 4] فمهلة الموافقة مهلة قرار، لا مبرر لتعليق الإنقاذ.

المشهد السعودي بالأرقام

يقوم التأمين الخاص الإلزامي على صيغة «**الضمان الصحي التعاوني**»، وتحدد وثيقة ضمان الأساسية حدًّا أدنى لا يجوز النزول عنه.[3، 5] ولا توجد درجات عالمية

موحدة تسمى دنيا وعليا؛ فالفئات الأعلى ترتيبات تعاقدية تزيد الشبكة أو نوع الغرفة أو تخفض التحمل. ولا يجوز نظامًا أن تجعل التسمية التسويقية الفئة الأدنى أقل من الحد النظامي.

وبلغت أقساط التأمين الصحي المكتتبة في 2025م نحو 47.8 مليار ريال، وعدد المؤمن لهم 14.5 مليونًا، ووصلت النسبة المجمعة للفرع الصحي إلى 96.1%، ونسبة المطالبات إلى 83.0%.[6] ومعنى نسبة مجمعة قريبة من 100% أن مساحة الخطأ المالي ضيقة. وهذا يدعم الحاجة إلى تسعير أدق واحتياطيات وإدارة قيمة ووقاية، **لا نقل عبء الاستدامة إلى المريض بقراراتهم**.

أمثلة من جدول المنافع في وثيقة ضمان الأساسية

المنفعة	الحد أو التحمل في الوثيقة الأساسية
الحد السنوي الإجمالي	1,000,000 ريال لكل مؤمن له، شامل الحدود الفرعية[7]
الطوارئ والتنويم	لا نسبة تحمّل؛ والغرفة المشتركة حتى 600 ريال يوميًا، والمرافق حتى 150 ريالًا
الرعاية الأولية	0–5%، بحد أقصى 25 ريالًا للزيارة
الاختصاصي بعد إحالة / بلا إحالة	0–10% بحد أقصى 75 ريالًا / 0–50% بحد أقصى 500 ريال
الأمومة	حتى 15,000 ريال
الصحة النفسية	حتى 50,000 ريال
الغسيل الكلوي / زراعة الكلى	حتى 180,000 ريال / حتى 250,000 ريال
التوحد والإعاقة وفحص حديثي الولادة	50,000 / 100,000 / 100,000 ريال على التوالي

وهذه **حدود قصوى** لا وعد باستحقاق كل خدمة دون شروطها الطبية والإجرائية؛ والملحقات الأعلى قد تزيدها ولا يجوز لها إنقاص الحد الأساسي.

الأساس الشرعي

الأصل المقاصدي حفظ النفس والمال ورفع الحرج، مع الوفاء بالعقود ومنع أكل المال بالباطل. والحكم يختلف باختلاف **حقيقة العقد لا اسمه**: هل الأقساط تبرعات لصندوق مستقل يملكها المشتركون وتديره شركة بأجر؟ أم معاوضة احتمالية تملك فيها الشركة القسط مقابل التزام غير معلوم؟

وقرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم **(2/9)** الصادر بدورته الثانية في جدة سنة 1406هـ الموافق 1985م: «إن عقد التأمين التجاري ذا القسط الثابت... حرام شرعًا»، وأن البديل هو التأمين التعاوني القائم على التبرع والتعاون.[8] وفي قراره رقم **(16/7/149)** بشأن التأمين الصحي، الصادر في دبي سنة 1426هـ الموافق 2005م، قرر: «يجوز التأمين الصحي عن طريق شركة تأمين إسلامي (تكافلي)»، ودعا إلى رقابة تحقق العدالة وتحمي المؤمن لهم من الاستغلال، وإلى تغطية غير القادرين من الدولة والوقف والصدقات.[9] وفصّل القرار رقم **(21/6/200)** الصادر في الرياض سنة 1435هـ الموافق 2013م ضوابط التأمين التعاوني، ومن عباراته: «التأمين التعاوني عقد جديد أساسه مبدأ التعاون المنضبط بضوابطه الشرعية»، ومن عناصره استقلال صندوق المشتركين وملكيته للأقساط والفائض، والتسعير الاكتواري، والرقابة الشرعية.[10]

وأحال نظام الضمان الصحي التعاوني في مادته السابعة عشرة إلى العمل بأسلوب تعاوني «حسبما ورد في قرار هيئة كبار العلماء رقم (51) وتاريخ 1397/4/4هـ».[5، 11] وقد خالف بعض الفقهاء المعاصرين فأجازوا التأمين التجاري، لكن قرار المجمع وقرار هيئة كبار العلماء على المنع وعلى جواز التعاوني، وعليهما بُني النظام السعودي.

ومن القواعد العملية، وتنزيلها على التأمين مما يختاره المؤلف: «لا ضرر ولا ضرار» فلا يؤخَّر إنقاذ لازم لمنازعة مالية، ولا يُلقى على الصندوق عبء غير منضبط يضر المشتركين.[12] و«الغنم بالغرم» فلا يسوغ أخذ القسط ثم تضييق الوعد بعد وقوع الخطر. و«الضرورة تقدر بقدرها» فالاستثناء السريري ممكن، لكنه موثق ومحدود بالحاجة. وتفصيل هذه القواعد في الفصل الثاني.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
نظام الضمان الصحي التعاوني، مجلس الوزراء 71 في 1420/4/27هـ والمرسوم م/10 في 1420/5/1هـ	المادة السابعة تحدد الخدمات الأساسية، والمادة الثامنة تجيز توسيع المنافع بملحق إضافي[5]
تنظيم هيئة التأمين، مجلس الوزراء 85 في 1445/1/28هـ	تنظيم القطاع والإشراف والرقابة وحماية حقوق المؤمن لهم واستقرار القطاع[13]
نظام مر اقبة شركات التأمين التعاوني، مجلس الوزراء 125 في 1424/5/14هـ	الاحتياطيات وحماية المستفيدين، ورأس مال أدنى 300 مليون ريال وفق المادة الثالثة

والمرسوم م/32 في 1424/6/2هـ	المعدلة[14]
نظام المؤسسات الصحية الخاصة، مجلس الوزراء 240 في 1423/10/26هـ	تقديم علاج الحالات الطارئة الخطرة دون طلب المقابل قبل العلاج، ووضوح الأسعار[4]
وثيقة ضمان الأساسية وجدول المنافع	يرسل مقدم الخدمة الطلب المكتمل خلال 15 دقيقة، وترد الشركة خلال مدة لا تتجاوز 60 دقيقة مع تسبيب رسمي للرفض، ويُجاب عن الاستفسار خلال 30 دقيقة[3]
لائحة حماية مستفيدي الضمان الصحي، المعتمدة في جلسة المجلس رقم 117	إشعار بالنواقص خلال 24 ساعة، والفصل في الشكوى خلال ثلاثة أيام عمل، ويوم عمل واحد للحالات العاجلة والطارئة، وتصعيد خلال 90 يومًا[15]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
الوفاء بالعقود، وتحريم أكل المال بالباطل، وحفظ النفس والمال ورفع الحرج	نص قطعي	آيات العقود والأموال، ومقاصد الشريعة
تحريم عقد التأمين التجاري ذي القسط الثابت، والبديل التأمين التعاوني	قرار مجمعي، مع خلاف بعض المعاصرين	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار رقم 9 (9/2) [8]
جواز التأمين الصحي عبر شركة تأمين إسلامي (تكافلي) مع رقابة تحمي المؤمن لهم	قرار مجمعي	القرار رقم 149 (7/16) [9]
ضوابط التأمين التعاوني: استقلال صندوق المشتركين وملكيته للأقساط والفائض، والتسعير الاكتواري، والرقابة الشرعية	قرار مجمعي	القرار رقم 200 (6/21) [10]
جواز التأمين التعاوني وإحالة النظام إليه	قرار هيئة كبار العلماء	القرار رقم 51 في 1397/4/4هـ، وإحالة نظام الضمان الصحي إليه [5، 11]

لا يؤخَّر إنقاذ لازم لمنازعة مالية، ولا يُثقل الصندوق بعبء يضر المشتركين	نص نبوي وقاعدة كلية، وتنزيله على التأمين اجتهاد المؤلف	حديث «لا ضرر ولا ضرار» [12]
لا يُضيَّق الوعد بعد وقوع الخطر، والاستثناء السريري موثق ومحدود بالحاجة	قاعدتا «الغنم بالغرم» و«الضرورة تقدر بقدرها»، وتنزيلهما اجتهاد المؤلف	القواعد الفقهية الكلية

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **الخلط في عبارة «غير مغطى»**: فيضيع على المريض اعتراضه المناسب.
- **تعليق الإنقاذ على مهلة مو افقة**: كما في ألم الصدر الحاد.
- **الشبكة الاسمية والحد الفجائي**: اسم مستشفى في قائمة بلا موعد ولا تخصص، أو بلوغ حد مالي في علاج متصل بلا إنذار مبكر ولا مسار انتقال.
- **إصلاح الرفض بتغيير الحقيقة**: تضخيم التشخيص أو تعديل الترميز بدل سلوك الاعتراض المشروع.

حدود دورك: أنت **شاهد خبير على الحاجة**، لا ممثل مبيعات للمستشفى ولا موظف مطالبات للشركة. واجبك وصف الحقيقة والبدائل والزمن وخطر التأخير، وعدم تغيير التشخيص أو تضخيمه للحصول على تغطية.

خلاصة عملية

اكتب طلب الموافقة ليجيب عن ستة أسئلة: ما الخطر؟ ما الهدف؟ ما الدليل؟ ما البديل؟ ما أثر التأخير؟ وما معيار نجاح التدخل أو إيقافه؟ فإن وصل الرفض، فحدّد نوعه، واطلب سببه الرسمي مكتوبًا، وصحّح الناقص إن كان إداريًّا، واطلب مراجعة نظير إن كان سريريًّا، وصعّد عبر مسار الشكوى إن لزم. وفي كل ذلك: **الطوارئ لا تنتظر، والحقيقة لا تُعدَّل.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

لا تُحل الحالات الآتية بعبارة واحدة مثل «الشركة ملزمة» أو «العقد شريعة المتعاقدين». يبدأ التحليل من حالة المريض، ثم القيم، ثم الحكم الفقهي، ثم النص النظامي، ويخرج بقرار قابل للتنفيذ يذكر المسؤول والزمن والبديل.

الحالة الأولى: رنين لآلام أسفل الظهر بلا علامات خطر

| **السيناريو**: طلب طبيب رنينًا مغناطيسيًا خلال الأسبوع الأول لألم ظهر غير رضحي، بلا ضعف عصبي أو حمى أو اشتباه سرطان، فرفضته الشركة وفق مسار العلاج التحفظي.

| **الركن الطبي**: الإرشادات لا توصي عادة بالتصوير المبكر في غياب العلامات الحمراء؛ وقد يكشف تغيرات عرضية تقود لتدخل غير لازم.

| **الركن الأخلاقي**: الرفض هنا قد يحمي المريض والوعاء المشترك إذا كان المعيار محدثًا، مع حق إعادة التقييم عند ظهور خطر.

| **الركن الفقهي**: منع الضرر والهدر معتبر، والبديل التحفظي يحقق المقصود غالبًا. لا حق في خدمة لا يدل عليها الطب لمجرد وجود تغطية.

| **الركن النظامي**: يجوز تطبيق معيار ضرورة معلن مع تسبيب وخطة بديلة، ولا يجوز رفض لاحق إذا ظهرت علامة تغير الاستطباب.

القرار المهني الموزون: يُقبل الرفض مؤقتًا، وتوضع خطة مسكن وحركة ومراجعة، وقائمة علامات إنذار. يعتمد الرنين فور ظهور ضعف أو احتباس أو حمى أو اشتباه جدي آخر.

الحالة الثانية: غسيل كلوي وبلوغ الحد المالي

| **السيناريو**: مؤمن له على غسيل دموي ثلاث مرات أسبوعيًا، وأبلغته الشركة أن الحد الفرعي للغسيل سيُستنفد قريبًا، ولا يملك مالًا للدفع.

| **الركن الطبي**: إيقاف الغسيل يؤدي خلال مدة قصيرة إلى فرط بوتاسيوم واحتقان ووفاة. يلزم استمرار الجلسات مع تقييم الزراعة والبدائل وكفاءة المسار.

| **الركن الأخلاقي**: الحد المالي لا يمحو الحاجة. الإنصاف يقتضي إنذارًا مبكرًا ومسار انتقال وتمويلًا كارثيًا، لا مفاجأة عند باب الوحدة.

| **الركن الفقهي**: حفظ النفس، والتعاون على البر، وعدم إلقاء المريض إلى التهلكة. وفي المقابل تُراجع الفوترة والجدوى دون مساس بالجلسة اللازمة.

| **الركن النظامي**: الحد المنشور للغسيل 180 ألف ريال، وتطبق الطوارئ والحد الإجمالي والبرامج العامة بحسب الحالة. يلزم تنسيق الحقوق قبل الاستنفاد.

القرار المهني الموزون: تستمر الرعاية المنقذة خلال انتقال منظم، وتراجع المطالبات والحدود، ويُحال مبكرًا إلى برنامج عام/صندوق كارثي أو ملحق مناسب. توصي السياسات مستقبلًا بتجميع مخاطر الغسيل لا تركها لصندوق صغير.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف تتكرر في تطبيق التغطية، وجوابها ثابت بضابطه، ولا تحتاج إلى تحليل مطوّل بالأركان:

رفض فحص أو دواء بعبارة «غير مغطى» بلا معيار. يُطلب السبب الرسمي ونص المعيار والمهلة

كتابةً، ويُرفع اعتراض عاجل مرفق بالإرشاد وبخطة العلاج البديلة، ويُطلب اتصال اختصاصي باختصاصي. وإن بقي الرفض بلا معيار معتبر صُعِّد تنظيميًا، وأُمِّنت المنشأة مسارًا مؤقتًا لا يفقد نافذة العلاج. الضابط: الرفض قرار مسبَّب داخل مهلة، لا رمز مبهم.

شرط «جرّب و افشل» مع مانع موثق. لا يُلزَم المريض بتجربة دواء له تفاعل سابق موثق أو خطر معروف بحكم مرضه؛ يُقبل الاستثناء بعد تحقق مختصر من السجل، ويوثق المانع ونتيجة العلاج السابق. وإن وُجد مكافئ آخر مأمون نوقش معه بقرار مشترك. الضابط: التسلسل العلاجي صالح للمريض النمطي، والعدالة تتيح استثناءً سريعًا للمريض المختلف.

قبول التنويم ورفض الغرفة الخاصة. يستمر التنويم في الغرفة المغطاة؛ فنوع الغرفة ميزة راحة لا جوهر علاج ما لم يوجد استطباب عزل. وإن أثبت الطبيب ضرورة العزل أُعيد الطلب طبيًا، وإلا اختار المريض الترقية على نفقته بعد بيان الفرق بلا ضغط. الضابط: لا يُضخَّم الاستطباب لتغيير فئة الإقامة، ولا تُربط جودة الرعاية بترفها.

علاج فائق الكلفة ودليله متوسط. لا يَعِد الطبيب بما لا يملك، ولا ترفض الشركة آليًا لمجرد السعر. يُرفع الملف إلى لجنة تقنيات مستقلة سريعة تفحص التشخيص والأهلية والبدائل ومقدار المنفعة وعدم اليقين، ويُبحث صندوق كارثي أو دفع مرتبط بالنتيجة. وإن لم تثبت قيمة كافية رُفض بتسبيب مع رعاية معيارية ودعم الأسرة ومراجعة عند دليل جديد. الضابط: المال المشترك أمانة، والوصول المشروط أولى من الرفض الأعمى.

اقتراب مريض نفسي من الحد الفرعي. يُستعمل المتبقي بكفاءة، ويبدأ انتقال مبكر إلى خدمة عامة أو برنامج مساند قبل الاستنفاد، ولا توقف الأدوية الأساسية ولا المتابعة قبل تسليم سريري فعلي، ويُعترض إذا كانت الحالة طارئة أو حُسبت خدمات خطأ. الضابط: الحد المعلن قد يكون صحيحًا، لكن تنفيذه بلا استمرارية ضرر متوقع، وللطوارئ حكمها.

تعثر شركة وتعليق مستشفى مواعيدَ مشتركيها. لا تُعلَّق الحالات العاجلة ولا الدورات العلاجية القائمة؛ يجري فرز سريري وتستمر الرعاية إلى نقطة انتقال آمنة، وترتب الشركة أو الجهة المنظمة البديل، وتسوَّى المستحقات عبر المسار النظامي. الضابط: لا يصير المريض رهينة نزاع بين مؤسستين، وإنذار الملاءة المبكر أولى من قرار متأخر واسع.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. وصل الطوارئ مريض بألم صدري حاد وتغيرات تخطيطية، ولم تصل موافقة شركة التأمين بعد. ما التصرف الصحيح؟

أ) يُنتظر رد الشركة حتى لا يتحمل المستشفى الكلفة

ب) يُطلب من الأسرة دفعة مقدمة قبل بدء التدخل

ج) يُعالج المريض فورًا ويُخطر الدافع بالتوازي، ويوثَّق معيار الطوارئ والتوقيت، ويُراجع الخلاف

المالي لاحقًا

د) يُحوَّل المريض إلى مستشفى حكومي لتفادي مشكلة التغطية

2. اقترح عليك موظف المطالبات تعديل التشخيص المكتوب ليطابق شرط التغطية فتمر المو افقة. ما الواجب؟

أ) يُقبل الاقتراح لأن النية خدمة المريض والنتيجة في مصلحته

ب) يُرفض تغيير الحقيقة، ويُصحَّح الطلب بأدلة وموانع ونافذة زمنية، وتُطلب مراجعة نظير ثم شكوى عند اللزوم

ج) يُترك القرار للمريض ليختار الصيغة التي يريدها

د) يُعدَّل الترميز وحده دون التشخيص لأن الترميز إجراء إداري

3. سألك زميل: «التأمين الصحي في المملكة إلزامي، فكيف يستقيم مع تحريم مجمع الفقه للتأمين؟» ما الجواب الأدق؟

أ) المجمع حرّم كل تأمين بما فيه الصحي، والإلزام النظامي يرفع الحكم الشرعي

ب) المجمع حرّم التأمين التجاري ذا القسط الثابت في قراره 9 (9/2) وأجاز التأمين الصحي عبر شركة تكافلية في قراره 149 (7/16)، والنظام السعودي قائم على صيغة الضمان التعاوني بإحالة إلى قرار هيئة كبار العلماء رقم 51؛ فالعبرة بحقيقة العقد لا اسمه

ج) المجمع أجاز التأمين التجاري متى كان صحيًّا لأن الصحة ضرورة

د) لا يوجد للمجمع قرار في التأمين الصحي أصلًا، والمرجع الوحيد هو النظام

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) ب • 3) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] World Health Organization. Health financing: revenue raising, pooling and purchasing . https://www.who.int/health-topics/health-financing

[2] Daniels N, Sabin JE. Accountability for Reasonableness: public reasons, relevance, appeals/revision and enforcement. Harvard University materials . https://scholar.harvard.edu/files/dprinz/files/daniels_just_health_chapters_4_and_11.pdf

[3] مجلس الضمان الصحي. وثيقة ضمان الأساسية: الأحكام والإجراءات والشبكة والموافقات. https://www.chi.gov.sa/knowledge-center/health-insurance-policies/Documents/%D9A%8D%82%9A%D8%9AB%D%8D%88%9

86%9D%7A%8D%85%9D%6B%8%D
.pdf9A%8A%D8%9D%3B%8D%7A%8D%3B%8D%3A%8D%84%9D%7A%8%D
[4] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام المؤسسات الصحية الخاصة.
-9174-8d49c-8-ac5c307e64https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails/
1/0a285f700a9a
[5] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام الضمان الصحي التعاوني: قرار مجلس الوزراء رقم 71 في 1420/4/27هـ، والمرسوم الملكي م/10 في 1420/5/1هـ.
-6b98ea-41-95d-fa1482c87https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails/
1/529a2f700a9a
[6] هيئة التأمين. تقرير سوق التأمين السعودي لعام 2025م.
https://www.ia.gov.sa/ar/information-center/reports/annual-publications
[7] مجلس الضمان الصحي. جدول منافع وثيقة ضمان الأساسية.
https://www.chi.gov.sa/knowledge-center/health-insurance-
84%9D%88%9AF%D%8AC%D%8policies/DocLib/%D
9B%8D%81%9D%7A%8D%86%9D%85%9%D
.pdf9A%8D%82%9A%D8%9AB%D%8D%88%9D%84%9D%7A%8%D
[8] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 9 (9/2) بشأن التأمين وإعادة التأمين، دورة 1985م.
.html1596https://iifa-aifi.org/ar/
[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 149 (7/16) بشأن التأمين الصحي، دورة 2005م.
.html2184https://iifa-aifi.org/
[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 200 (6/21) بشأن الأحكام والضوابط الشرعية لأسس التأمين التعاوني، دورة 2013م. /.html2396https://iifa-aifi.org/ar
[11] هيئة كبار العلماء. القرار رقم 51 في 1397/4/4هـ؛ أحال إليه نظام الضمان الصحي التعاوني في المادة 17. /-95d-fa1482c87https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails
1/529a2f700a9-a6b98ea-41
[12] حديث «لا ضرر ولا ضرار»، أصل جامع في منع الضرر المتعدي؛ مع تطبيقه ضمن قواعد المقاصد والمآلات.
[13] جريدة أم القرى. تنظيم هيئة التأمين، قرار مجلس الوزراء رقم 85 في 1445/1/28هـ.
23533https://www.uqn.gov.sa/details?p=
[14] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني وتعديلاته.
e-28e-b0a4-45a9-3fc6c3e3https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails/

1/14ad1f700a9a

[15] مجلس الضمان الصحي. لائحة حماية مستفيدي الضمان الصحي، المعتمدة في جلسة المجلس رقم 117.

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

أخلاقيات منع الحمل وتنظيم النسل

Chapter 19 -Ethics of Contraception and Family Planning

كلما طال أثر الوسيلة أو اقتربت من الدوام اشتدّ واجب التبصير.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

ستقابل هذا الطلب كثيرًا: امرأة بعد ولادتها الرابعة تريد المباعدة، وأخرى تخشى الحمل على قلبها المعتل، وثالثة تريد وسيلة لا يعلم بها زوجها، وفتاة صغيرة تطلب حبوبًا. وكل طلب يبدو بسيطًا -وصفة وتوقيع -وهو في الحقيقة قرار **صحي وأسري وأخلاقي وفقهي ونظامي معًا**.

وضابط الباب كله كلمات ثلاث: **رضا صاحبة الجسد، وحاجة معتبرة، وأخف الوسائل الكافية و أقربها إلى قابلية الرجوع.**

مصطلحات لا يصح الخلط بينها

المصطلح	المقصود	الأثر العملي
تنظيم النسل	تأجيل الحمل أو المباعدة مدة محددة مع بقاء أصل القدرة على الإنجاب	أجازه قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي عند الحاجة المعتبرة وانتفاء الضرر
التعقيم الدائم	إجراء يُقصد به إزالة القدرة على الإنجاب، كربط الأنابيب أو قطع القناة المنوية	قيّده قرار المجمع بالضرورة؛ فلا تكفي فيه مجرد الرغبة، ويلزم بحث الضرورة والبدائل
الوسيلة طويلة المفعول القابلة للعكس	وسيلة عالية الفعالية تدوم سنوات ويمكن إزالتها، كالزرعة واللولب	ليست تعقيمًا، لكن يلزم رضا صريح **وإمكان إزالة فعلي**
منع الحمل الطارئ	وسيلة تُستخدم بعد جماع غير محمي لمنع حمل لم يحدث بعد	لا يقطع حملًا قائمًا، ويختلف عن الإجهاض دوائيًّا، وفقهيًّا على التكييف الراجح عند المعاصرين

حقائق طبية تصحّح أخطاء شائعة

اللولب لا يسبب «إجهاضًا متكررًا». توضح منظمة الصحة العالمية أن اللولب النحاسي يمنع الإخصاب أساسًا بتغير كيميائي يؤثر في الحيوان المنوي والبويضة قبل التقائهما.[1] فالأدق أن يقال: هذه وسائل لمنع الحمل **قبل ثبوته**، لا أدوية لإسقاط حمل قائم. وإن بقيت للمريضة حساسية شرعية، تُشرح المعلومة الحديثة ويُعرض بديل بلا سخرية ولا تضليل.

منع الحمل الطارئ ليس إجهاضًا. الحبوب الطارئة تمنع الإباضة أو تؤخرها، ولا تستطيع قطع حمل مستقر. ويُستعمل خلال **خمسة أيام** من الجماع غير المحمي، والفائدة أعلى كلما كان الاستخدام أبكر.[2]

المباعدة لها سند صحي. أوصت مشاورة منظمة الصحة العالمية الفنية بانتظار **أربعة وعشرين شهرًا** على الأقل بعد الولادة الحية قبل محاولة حمل تالٍ. وهو يلتقي التقاءً لافتًا مع توجيه القرآن إلى إتمام الرضاعة حولين كاملين.[3] فالمباعدة المدروسة رعاية للذرية لا زهد فيها.

الفعالية معيار نصح لا سلطة فرض. فرّق بين فعالية الوسيلة في الاستعمال المثالي وفعاليتها في الاستعمال المعتاد بما فيه نسيان وتأخر. لكن كونها أعلى فعالية لا يعطيك حق فرضها؛ دورك أن توضح الفرق لا أن تستبدل اختيارك باختيارها.

«قابلة للعكس» وعدٌ ناقص إن لم تكن الإزالة متاحة فعلًا. فمن رفضت العيادة إزالة زرعتها لأنها «لم تكمل مدتها» تحولت الوسيلة عندها إلى سيطرة على خصوبتها.

وصف الحبوب لعلاج مرض ليس حكمًا على شخص. فقد توصف لغزارة الطمث أو بطانة الرحم المهاجرة. ورفضها لفتاة غير متزوجة لمجرد أن الدواء معروف بوصفه مانع حمل **خلطٌ بين وظيفة الدواء والحكم على صاحبته.**

الإكراه الإنجابي: وجهان لمشكلة واحدة

الإكراه يشمل إجبار المرأة على منع الحمل **وإجبارها على الحمل** معًا: تهديدها إن حملت، أو إجبارها على زرعة أو تعقيم، أو إخفاء حبوب في طعامها، أو نزع اللولب بغير رضاها، أو اشتراط جهة العمل تأجيل الحمل.

ولا يكفي سؤال واحد أمام الزوج أو قريبة مسيطرة. وفّر وقتًا خاصًّا بالمريضة، واسأل أسئلة هادئة غير اتهامية: «هل القرار قرارك؟» و«هل يستطيع أحد منعك من المراجعة أو إزالة الوسيلة؟». فإن ظهر خطر، تحولت الخطة من وصفة إلى **خطة سلام**

وحماية وإحالة.

انتبه: لا تَعِد قاصرًا بسرية مطلقة. الصياغة الصادقة: «سأحافظ على خصوصيتك قدر ما يسمح به النظام، لكن إذا عرفت أنك في خطر أو أن أحدًا يعتدي عليك فقد يلزمني طلب حماية لك».

الأساس الشرعي

بدأت المعالجة الفقهية من **العزل**؛ ففي البخاري عن جابر: «كُنَّا نَعْزِلُ عَلَى عَهْدِ النَّبِيِّ صلى الله عليه وسلم» برقم (5207)، وعند مسلم: «كُنَّا نَعْزِلُ وَالْقُرْآنُ يَنْزِلُ» برقم (1440).[4، 5] وصاغ الغزالي المفتاح: العزل **منعٌ لأسباب الانعقاد قبل حصوله**، لا كالإجهاض والوأد اللذين هما جناية على موجود حاصل.[6] وعلى هذا التكييف، وهو الذي أخذ به أكثر المعاصرين، تلحق كل وسيلة تمنع الإباضة أو الإخصاب قبل قيام الحمل بجنس العزل، ويخرج كل تدخل يقطع حملًا قائمًا إلى أحكام الإجهاض. والجواز في العزل قول جمهور الفقهاء بشرط إذن الزوجة الحرة، وخالف فيه ابن حزم فمنعه، فليس محل إجماع.

ويقابله أصلٌ يمنع أن ينقلب التنظيم زهدًا في النسل: «تَزَوَّجُوا الْوَدُودَ الْوَلُودَ فَإِنِّي مُكَاثِرٌ بِكُمُ الأُمَمَ»، أخرجه أبو داود برقم (2050).[7] فلا يُحتج بالأول لتزهيد الناس في الذرية، ولا بالثاني لإكراه امرأة على حمل يؤذيها.

قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 39 (1/5) بشأن تنظيم النسل، الصادر في الدورة الخامسة المنعقدة في الكويت من 1 إلى 6 جمادى الأولى 1409هـ الموافق 10 إلى 15 ديسمبر 1988م، ونصه: «أولًا: لا يجوز إصدار قانون عام يحد من حرية الزوجين في الإنجاب. ثانيًا: يحرم استئصال القدرة على الإنجاب في الرجل أو المرأة، وهو ما يعرف بالإعقام أو التعقيم، ما لم تدع إلى ذلك الضرورة بمعاييرها الشرعية. ثالثًا: يجوز التحكم المؤقت في الإنجاب بقصد المباعدة بين فترات الحمل، أو إيقافه لمدة معينة من الزمان، إذا دعت إليه حاجة معتبرة شرعًا، بحسب تقدير الزوجين عن تشاور بينهما وتراض، بشرط أن لا يترتب على ذلك ضرر، وأن تكون الوسيلة مشروعة، وأن لا يكون فيها عدوان على حمل قائم».[8]

وقرار هيئة كبار العلماء رقم 42 وتاريخ 1396/4/13هـ: «لا يجوز تحديد النسل مطلقًا، ولا يجوز منع الحمل إذا كان القصد من ذلك خشية إملاق... أما إذا كان منع

الحمل لضرورة محققة ككون المرأة لا تلد ولادة عادية وتضطر معها إلى إجراء عملية جراحية لإخراج الولد، أو كان تأخيره لفترة ما لمصلحة يراها الزوجان فإنه لا مانع حينئذ من منع الحمل أو تأخيره... بل قد يتعين منع الحمل في حالة ثبوت الضرورة المحققة».[9] وبين القرارين تفاوت في الصياغة وفي سعة الحاجة المبيحة، فاذكر لمريضتك القرار الذي تستند إليه بدل أن تنسب الحكم إلى «الشرع» مجملًا.

ومن الفتاوى المعاصرة المرقمة لدار الإفتاء المصرية: **الفتوى رقم 7648 بتاريخ 7 مايو 2023م** في تأخير الإنجاب، وفيها الجواز باتفاق الزوجين وبإشراف طبي وبلا ضرر ولا تعطيل نهائي للحمل.[10] و**الفتوى رقم 4150 بتاريخ 3 يناير 2013م** في الاستعمال السري، وقد منعت انفراد أحد الزوجين بالوسيلة. ثم استثنت «الحاجة الشرعية؛ كأن تتضرر الزوجة بالحمل ولا يكترث الزوج لذلك»، وهو استثناء يمنع، فيما أختاره، تطبيق الفتوى آليًّا على امرأة معنفة.[11]

وهذه الفتاوى من خارج المملكة شواهد اجتهادية، لا نظام سعودي ملزم.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

- **نظام مزاولة المهن الصحية (م/59 في 1426/11/4هـ)، المادة التاسعة:** «يجب أن يستهدف العمل الطبي دائمًا مصلحة المريض» -فلا يُوصف مانع ولا يُركّب لولب ولا يُجرى تعقيم لمصلحة الزوج أو الأسرة أو جهة العمل أو هدف سكاني.[12]
- **المادة التاسعة عشرة من النظام نفسه:** لا يُجرى عمل طبي إلا برضا المريض أو من يمثله، ويُستثنى التدخل الفوري المنقذ عند تعذر الموافقة.
- **المادة الحادية والعشرون من النظام نفسه:** تحصر استثناءات إفشاء السر، فلا يُكشف استعمال المريضة للوسيلة لزوجها أو أمها أو جهة عملها لمجرد السؤال.[12]
- **نظام حماية الطفل (م/14 في 1436/2/3هـ)، المادة الثانية والعشرون:** «على كل من يطّلع على حالة إيذاء أو إهمال، تبليغ الجهات المختصة فورًا».[13]
- **نظام الحماية من الإيذاء (م/52 في 1434/11/15هـ)، المادة الثالثة:** «يجب على كل من يطلع على حالة إيذاء الإبلاغ عنها فوراً»؛ والمادة الخامسة تمنع الإفصاح عن هوية المبلغ إلا برضاه.[14]
- **نظام حماية البيانات الشخصية (م/19 في 1443/2/9هـ)، المادة الثالثة والعشرون:** قصر الاطلاع على البيانات الصحية على أقل عدد ممكن وبالقدر اللازم فقط.

• **نظام العمل (م/51 في 1426/8/23هـ)، المادة الخامسة والخمسون بعد المائة:** لا يجوز فصل العاملة أو إنذارها بالفصل أثناء حملها أو إجازة الوضع، بالشروط الواردة فيها.

ونتيجة منهجية مهمة: لم يظهر في مراجعة الأنظمة السعودية نص عام يجعل **موافقة الزوج** شرطًا نظاميًّا مستقلًّا لكل وصفة تُقدَّم إلى امرأة بالغة مؤهلة. فلا يُملأ الفراغ بتعليمات منشأة أو عرف اجتماعي ثم يُعرض بوصفه نصًّا نظاميًّا.

قاعدة الترجيح عند التعارض

• **التشاور الزوجي مقابل رضا صاحبة الجسد:** التشاور والتراضي أصل منصوص في قرار المجمع، وذهب كثير من الفقهاء إلى اشتراط إذن الزوج فيما يفوّت حقه في الولد. لكن الإجراء يقع في جسد المرأة، ورضاها شرط نظامي مستقل بنص المادة التاسعة عشرة، والأقرب عندي أن موافقة الزوج لا تقوم مقامه بحال. وتفصيل الإذن والموافقة في الفصل الخامس.

• **السرية مقابل واجب الحماية:** السرية أصل، لكن نصوص التبليغ عن الإيذاء خاصة مقدَّمة في محلها، ويقتصر الإفشاء على الجهة والقدر اللازمين. وتفصيل السر الطبي في الفصل السابع.

• **الفعالية مقابل حرية الاختيار:** تُقدَّم أقوى وسيلة **نصحًا موثقًا** عند الخطر الجسيم، ويبقى القرار للمريضة المؤهلة.

• **ضمير الممارس مقابل عدم التخلي:** الاعتراض حق منضبط لا يبيح ترك حالة طارئة ولا إخفاء معلومة. وتنص مدونة الأخلاق الطبية الدولية للجمعية الطبية العالمية، المعتمدة في برلين في أكتوبر 2022، على إبلاغ المريض بالاعتراض فورًا باحترام وتمكينه من استشارة طبيب مؤهل آخر في وقت مناسب.[15] وتفصيل الاعتراض الضميري في الفصل التاسع.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
جواز التحكم المؤقت في الإنجاب للمباعدة عند حاجة معتبرة، بتشاور الزوجين وتراضيهما، وبوسيلة مشروعة لا ضرر فيها	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 39 (1/5) [8]

تحريم التعقيم الدائم إلا لضرورة بمعاييرها الشرعية، ومنع إصدار قانون عام يحد من حرية الإنجاب	قرار مجمعي	القرار 39 (1/5) [8]، ويوافقه قرار هيئة كبار العلماء رقم 42 [9]
منع تحديد النسل مطلقًا ومنع الحمل خشية الإملاق، وجواز المنع أو التأخير لضرورة محققة أو مصلحة يراها الزوجان	قرار هيئة كبار العلماء	القرار 42 في 1396/4/13هـ [9]
مشروعية العزل أصلًا، وجوازه بإذن الزوجة	نص حديثي صحيح، والجواز قول الجمهور مع خلاف ابن حزم	حديث جابر في البخاري (5207) ومسلم (1440) [4، 5]
إلحاق وسائل منع الإباضة أو الإخصاب قبل قيام الحمل بجنس العزل، وتمييزها عن الإجهاض	قول راجح عند أكثر المعاصرين	تكييف الغزالي في الإحياء [6]، وبيان الآلية الطبية عند منظمة الصحة العالمية [1]
جواز تأخير الإنجاب باتفاق الزوجين وبإشراف طبي وبلا تعطيل نهائي	فتوى	دار الإفتاء المصرية، الفتوى 7648 [10]
منع انفراد أحد الزوجين بالوسيلة سرًّا، إلا لحاجة شرعية كتضرر الزوجة بالحمل	فتوى	دار الإفتاء المصرية، الفتوى 4150 [11]

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **أخذ التوقيع بدل الرضا:** موافقة صيغت أمام زوج أو حماة أو تحت ضغط.
- **معاملة التعقيم معاملة التنظيم المؤقت:** المضي فيه بلا ضرورة موثقة ولا بدائل مبحوثة.
- **الخلط بين منع الحمل الطارئ والإجهاض:** فيتأخر علاج حساس للوقت.
- **استعمال السرية غطاءً:** فيُترك تبليغ واجب عن إيذاء.

خلاصة عملية

رتّب أسئلتك: ما الطلب الحقيقي؟ هل ثمّة حالة عاجلة؟ هل المريضة مؤهلة وتفهم؟ هل القرار حر؟ ما الخيارات الآمنة بحسب معايير الأهلية لا تفضيلك الشخصي؟ ما درجة الدوام؟ ثم ما الواجب النظامي وخطة المتابعة؟ وكلما طال أثر الوسيلة أو اقتربت من الدوام **اشتدّ واجب التبصير**.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: قاصر في الثالثة عشرة تطلب مانعًا للحمل

| **السيناريو**. حضرت فتاة في الثالثة عشرة وحدها، وطلبت حبوب منع حمل لأنها في علاقة مع شخص لم تحدد عمره، وطلبت ألا يعرف أهلها. بدت قلقة وتراجعت عن الإجابة عندما سُئلت إن كان الطرف الآخر يهددها.

السؤال الحاسم. هل تُعطى الوسيلة حفاظًا على صحتها وسريتها، أم يُرفض الطلب لأنه مرتبط بسلوك محرم وقاصر، أم يُفعّل مسار الحماية؟

| **الركن الطبي**. يلزم تقييم احتمال الحمل، وتوقيت آخر جماع، والحاجة إلى منع طارئ، والإصابات والعدوى، والحالة النفسية. كما يلزم معرفة عمر الطرف الآخر وطبيعة الرضا والتهديد، لأن العلاقة قد تكون اعتداء أو استغلالًا. اختيار الوسيلة لا يسبق فحص الخطر، لكنه لا يؤخر علاجًا عاجلًا.

| **الركن الأخلاقي**. الرعاية ليست إقرارًا للسلوك، والرفض العقابي قد يدفعها إلى خطر أكبر. وفي المقابل، وصف آلي يحمي المعتدي ويعيدها إلى البيئة نفسها خطأ. يجب شرح حدود السرية بلغة مناسبة، وإشراكها قدر الإمكان في خطة الحماية، وتجنب مواجهتها أو لومها.

| **الركن الفقهي**. لا يجوز إعانة علاقة محرمة، لكن دفع الضرر عن قاصر وحماية المعتدى عليها واجب. وتختلف مسألة منع حمل طارئ قبل قيامه عن إسقاط حمل. لا يصح أن يتخذ الحكم على السلوك ذريعة لترك إصابة أو عدوى أو خطر حمل قسري.

| **الركن النظامي**. المادة 22 من نظام حماية الطفل توجب التبليغ عند الاطلاع على إيذاء أو إهمال. والمادة 19 من نظام مزاولة المهن الصحية تنظم الرضا أو موافقة الممثل أو الولي إذا لم يعتد بإرادة المريض. لذلك تُتبع سياسة المنشأة في أهلية القاصر ومسار الحماية، ولا توعد بسرية مطلقة.

القرار المهني الموزون. تُعامل الحالة أولًا بوصفها حالة حماية محتملة، مع تقييم خاص وعاجل، وتقديم الرعاية التي لا تحتمل التأخير، وتفعيل فريق حماية الطفل والتبليغ عند توافر حالة الإيذاء، ثم تقرير الوسيلة وفق الأهلية والبروتوكول. لا يقتصر الرد على وصف الحبوب، ولا يكون مجرد الرفض والتوبيخ.

الحالة الثانية: تعقيم بعد أربع عمليات قيصرية وخطر محقق

| **السيناريو**. امرأة في الثانية والثلاثين لديها خمسة أطفال وأربع عمليات قيصرية مع التصاقات شديدة. قرر فريق نساء وولادة وطب أمومة عالي الخطورة أن حملًا جديدًا يحمل احتمالًا كبيرًا لنزف وتمزق رحم ومضاعفات خطرة. فشلت معها وسائل مؤقتة أو لم تلائمها، وطلبت ربط الأنابيب بعد أن قرأت عن الدوام والبدائل. الزوج متردد.

السؤال الحاسم. متى ينتقل التعقيم من أصل المنع إلى جواز الضرورة، ومن صاحب القرار؟

| **الركن الطبي**. يجب توثيق نوع الخطر واحتماله، ومراجعة البدائل الفعالة، والتأكد من أن القرار ليس تحت أثر ألم حاد أو معلومات ناقصة. ويفضل رأي تخصصي ثانٍ عندما تسمح الحالة، مع شرح أن العكس غير مضمون وأن بعض طرق التعقيم قد تفشل نادرًا.

| **الركن الأخلاقي**. الدوام يرفع مستوى التبصير، لكنه لا يسمح للطبيب بإبقاء المرأة في خطر لأن عمرها صغير أو لأن الزوج متردد. كما لا يكفي طلبها وحده إذا كانت تجهل البدائل أو تتعرض لضغط. السؤال هو جودة الاختيار ودرجة الخطر، لا عدد الأبناء وحده.

| **الركن الفقهي**. نص قرار المجمع 39 (1/5) يحرّم استئصال القدرة إلا لضرورة، وقرار هيئة كبار العلماء 42 يذكر أن المنع قد يتعين عند ثبوت الضرورة. إذا ثبت الخطر وفشلت البدائل، تحققت صورة قوية للترخيص. تشاور الزوجين مطلوب، لكن الزوج لا يملك إلزامها بتحمل خطر جسيم، ولا إجراء العملية يقع في جسده.

| **الركن النظامي**. المادة 19 تجعل رضا المريضة أساس العمل الطبي. ويلزم اتباع سياسة المنشأة وإجراءات الموافقة الخاصة، والتوثيق، والمراجعة التخصصية. لا يجوز استعمال توقيع الزوج بدل توقيعها.

القرار المهني الموزون. بعد توثيق الخطر، ورأي التخصص، وفشل البدائل أو عدم ملاءمتها، وموافقة المرأة المستنيرة الحرة، يجوز المضي في الإجراء وفق السياسة والضوابط الفقهية. يُبذل جهد للتشاور الزوجي دون جعل رفض الزوج سببًا لتعريضها لخطر محقق، وتستشار اللجنة الفقهية أو الأخلاقية إذا بقي خلاف مؤسسي.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

المواقف الآتية تتكرر في العيادة والصيدلية، وقد استوفى الفصل أصولها في مواضعها؛ وجمعت هنا بأجوبتها الحاسمة وضوابطها ليسهل الرجوع إليها.

زوجة تستعمل وسيلة سرًا وزوجها يعالج من العقم. تحفظ السرية ولا تفشى للزوج بلا مسوغ نظامي، لكن الطبيب لا يكون شريكًا في تضليل يضر: فتوقف إجراءات العقم الاختيارية التي لا معنى لها حتى يعاد تحديد هدف العلاج. وتقنع المريضة بالإفصاح الآمن مع بيان أثر الخداع في الحق المشترك المنصوص عليه في قرار المجمع 39 (1/5) والفتوى 4150؛ فإن أصرت مع بقاء الضرر رفعت الحالة إلى لجنة الأخلاقيات والشؤون القانونية قبل أي إفشاء. وتفصيل رعاية العقم في فصل أخلاقيات الإنجاب والعقم.

حماة أو أسرة تطلب زرعة لزوجة شابة تجيب أمامها بالمو افقة. لا تركب الوسيلة؛ فالرضا المعتبر رضا صاحبة الجسد بعد مقابلة خاصة، وموافقة قريب أو زوج لا تقوم مقامها في بالغة مؤهلة. وتجعل المقابلة الخاصة قاعدةً في قرارات الصحة الإنجابية، ويوثق رفضها بعبارة لا تعرضها للخطر، وتعرض عليها جلسة معلومات وخيارات، وتخبر الأسرة بلطف أن الإجراء لا يتم بغير موافقة المريضة،

من غير كشف حديثها الخاص.

صيدلي أو ممارس يرفض صرف دواء هرموني لغير متزوجة. يصرف العلاج الموصوف بعد التحقق الدوائي المعتاد؛ فالحبوب الهرمونية لها استعمالات علاجية معروفة، والموانع المعتبرة طبية -كضغط الدم وخطر الجلطات والصداع النصفي مع الهالة -لا الحالة الاجتماعية. ولا تكلَّف المريضة إثبات براءتها من احتمال بعيد كي تحصل على علاج، ولا يسجل في الملف استنتاج أخلاقي لا صلة له بالتشخيص؛ ويعالج الاعتراض المهني داخل المنشأة من غير تعطيل للعلاج.

امرأة تطلب إزالة زرعة أولولب قبل انتهاء مدته. تناقش الأسباب والآثار والبدائل ثم ينفذ الطلب في وقت مناسب؛ فوصف الوسيلة بأنها قابلة للعكس لا يصدق إلا إذا كانت الإزالة متاحة فعلًا. ولا يرفض الطلب لأن الطبيب يرى بقاءها أفضل، ولا تجعل الكلفة أو الإجراءات عائقًا بعد التركيب؛ فالمصلحة تقدر مع المريضة لا عليها، وتعطيل الإزالة يحول الوسيلة إلى سيطرة على الخصوبة.

جهة عمل تشترط على موظفة تأجيل الحمل أوتهددها. لا يعامل الطلب بوصفه قرارًا حرًا قبل فهم الضغط؛ فالإكراه الإنجابي يشمل الإجبار على المنع كما يشمل الإجبار على الحمل. تجرى مقابلة خاصة، وتبصر المريضة بحقها، وتحال إلى الجهة المختصة بحقوق العمل عند الحاجة، ولا يكتب الطبيب تقريرًا غير صحيح لتلبية شرط تعسفي؛ وحماية العاملة الحامل منصوصة في نظام العمل.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. أحضر زوج زوجته وطلب تركيب لولب لها، وهي ترفض بوضوح أمامك. ما الحكم؟

أ) يُركَّب اللولب لأن التشاور الزوجي أصل منصوص عليه فقهًا

ب) يُركَّب إذا وقّع الزوج على نموذج الموافقة بوصفه ولي الأمر

ج) يُؤجَّل حتى يتفق الزوجان، ولا تُقدَّم لها أي معلومة قبل ذلك

د) لا يُجرى؛ فرضا صاحبة الجسد شرط مستقل لا تقوم موافقة الزوج مقامه، ولا يُجرى عمل طبي إلا برضا المريض

2. زوجان بعد ولادة ثالثة، لا مرض عند الزوجة، يطلبان بالتراضي وسيلة تؤجل الحمل سنتين للمباعدة. ما الأقرب في التقدير الفقهي؟

أ) لا يجوز، لأن الأصل تكثير النسل ولا حاجة مرضية تبيح المنع

ب) يجوز بحسب قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي، إذ التحكم المؤقت للمباعدة مباح عند الحاجة المعتبرة بتشاور وتراضٍ، بوسيلة مشروعة لا ضرر فيها ولا عدوان على حمل قائم

ج) لا يجوز إلا بموافقة كتابية من الجهة الصحية على وجود ضرورة

د) يجوز بشرط اختيار التعقيم الدائم لأنه الأعلى فعالية

3. وصلت الطوارئ ضحية اعتداء جنسي وتطلب منع حمل طارئًا، والطبيب المناوب معترض ضميريًا. ما الواجب؟

أ) يُؤجَّل القرار حتى مناوبة الغد

ب) تُلغى الوسيلة الطارئة لأنها في حكم الإجهاض

ج) تُعرض الوسيلة الطارئة فورًا وفق البروتوكول مع إكمال رعاية الاعتداء، ويُستبدل الممارس المعترض سريعًا وفق سياسة المنشأة دون تأخير العلاج أو وصم الضحية

د) تُصرف الوسيلة بشرط أن توافق أسرة الضحية كتابةً

مفتاح الإجابات

1) د • 2) ب • 3) ج

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] World Health Organization. Intrauterine devices (IUDs). Fact sheet, updated 2026. المصدر الرسمي

[2] World Health Organization. Emergency contraception. Fact sheet, 9November 2021. المصدر الرسمي

[3] World Health Organization. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing, Geneva,* 13–15*June* 2005(WHO/RHR/07.1). Geneva: WHO; 2007. المصدر الرسمي

[4] البخاري، محمد بن إسماعيل. صحيح البخاري، كتاب النكاح، باب العزل، حديث جابر رضي الله عنه رقم (5207). المصدر الرسمي

[5] مسلم بن الحجاج. صحيح مسلم، كتاب النكاح، باب حكم العزل، حديث جابر رضي الله عنه رقم (1440). المصدر الرسمي

[6] الغزالي، أبو حامد محمد بن محمد. إحياء علوم الدين، كتاب آداب النكاح (بيان مذاهب العلماء في العزل والتفريق بينه وبين الإجهاض والوأد). بيروت: دار المعرفة.

[7] أبو داود، سليمان بن الأشعث. السنن، كتاب النكاح، باب النهي عن تزويج من لم يلد من النساء، حديث رقم (2050)، وحسنه الألباني. المصدر الرسمي

[8] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 39 (1/5) بشأن تنظيم النسل، الدورة الخامسة، الكويت، 1–6 جمادى الأولى 1409هـ/10–15 ديسمبر 1988م. المصدر الرسمي

[9] هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية. قرار رقم 42 وتاريخ 1396/4/13هـ بشأن تحديد النسل. نُشر في أبحاث هيئة كبار العلماء ومجلة البحوث الإسلامية؛ بوابة المجلة الرسمية: المصدر الرسمي

[10] دار الإفتاء المصرية. فتوى رقم 7648، حكم تأخير الإنجاب باستخدام وسائل منع الحمل، 7 مايو 2023م. المصدر الرسمي

[11] دار الإفتاء المصرية. فتوى رقم 4150، حكم تناول وسائل منع الحمل بغير معرفة أحد الزوجين، 3 يناير 2013م. المصدر الرسمي

[12] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي رقم م/59 بتاريخ 1426/11/4هـ، المواد 18 و19 و21. المصدر الرسمي

[13] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام حماية الطفل، المرسوم الملكي رقم م/14 بتاريخ 1436/2/3هـ، المادة 22. المصدر الرسمي

[14] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام الحماية من الإيذاء، المرسوم الملكي رقم م/52 بتاريخ 1434/11/15هـ، المادتان 3 و5. المصدر الرسمي

[15] World Medical Association. *International Code of Medical Ethics*. Adopted at the 73rd WMA General Assembly, Berlin, October 2022. المصدر الرسمي

أخلاقيات الإنجاب والعقم

Chapter 20 -Ethics of Reproduction and Infertility

المنع لا يعني التخلي.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

العقم ليس مشكلة عضوية فحسب؛ بل ابتلاء مركّب يمس الزوجين والأسرة والمجتمع. وقدّرت منظمة الصحة العالمية سنة 2023 أن نحو **واحد من كل ستة بالغين** في العالم (نحو 17.5%) يمر بالعقم في فترة من حياته.[1] فأنت ملاقٍ هذا الملف مهما كان تخصصك.

والذي يجعل هذا الباب مختلفًا أن تقنيات المساعدة على الإنجاب **ليست إجراءات فنية محايدة**؛ لأنها تتعامل مع النطفة والبويضة والجنين والجينوم، وتمتد آثارها إلى النسب والميراث والمحرمية وحق الطفل في أصل واضح. فلا يُبنى القرار فيها على نجاح التقنية وحده، ولا على قوة الرغبة في الولد.

خمسة أسئلة تختبر بها أي تقنية إنجابية

- هل توجد **حاجة طبية معتبرة** لا مجرد رغبة؟
- هل **الزوجية قائمة والرضا مستمر وقت كل إجراء**؟
- هل المادة الإنجابية **محصورة بين الزوجين** دون طرف ثالث؟
- هل الغرض **علاج أو وقاية** لا تحسين أو انتقاء؟
- هل يجري ذلك داخل **ترخيص ورقابة وتوثيق** يمنعان الخطأ والخلط؟

فإذا سقط جواب واحد لم تتحول القدرة التقنية إلى إذن.

الطرف الثالث: مفتاح الباب كله

الطرف الثالث إدخالُ أي عنصر بشري من خارج الزوجين في العملية الإنجابية: نطفة رجل أجنبي، أو بويضة امرأة أجنبية، أو جنين متبرَّع به، أو رحم امرأة تحمل عن غيرها.

وهنا تفريق دقيق يمنع الاضطراب: **الاستعانة بطبيب ومختبر وجهاز استعانةٌ فنية** لا تدخل في النسب فتُقبل بضوابطها؛ أما الاستعانة بمادة إنجابية أو رحم فمشاركة

بيولوجية تمس أصل النسب والأمومة، فهي موضع المنع في قرارات المجامع. وهذا التفريق تكييف استقرت عليه تلك القرارات، لا نص مباشر.

ومن الحقائق الطبية التي يجب أن تحضر في تبصيرك لا في هامشه: تنشيط المبايض قد يعقبه فرط تنشيط بدرجات قد تَخطُر، وسحب البويضات إجراء باضع له مضاعفاته. ونسب النجاح لكل دورة محدودة وتتراجع مع تقدم السن، والفشل المتكرر عبء نفسي ومالي حقيقي.[2، 3] **فالإحسان في هذا الباب يبدأ من صدق الأرقام.**

قرارات المجامع: ستة نصوص تحفظ أرقامها

قرار أطفال الأنابيب رقم 16 (4/3) -مجمع الفقه الإسلامي الدولي، الدورة الثالثة، عمّان، 8–13 صفر 1407هـ الموافق 11–16 أكتوبر 1986م. حصر طرق التلقيح الصناعي في سبع صور، وقرر أن خمسًا منها «محرمة شرعًا وممنوعة منعًا باتًا، لذاتها أو لما يترتب عليها من اختلاط الأنساب وضياع الأمومة»، وأجاز صورتين «لا حرج من اللجوء إليهما عند الحاجة، مع التأكيد على ضرورة أخذ كل الاحتياطات اللازمة»: أن تؤخذ نطفة الزوج وبويضة زوجته فيُلقَّحا خارجيًّا ثم تُزرع اللقيحة في رحم الزوجة نفسها، أو أن تُحقن بذرة الزوج في الموضع المناسب من زوجته تلقيحًا داخليًّا.[4]

ومن دقيق فقه هذا القرار أنه منع حتى زرع لقيحة الزوجين في رحم الزوجة الأخرى للزوج نفسه؛ لأن انقسام الأمومة مفسدة قائمة ولو بقيت الصورة داخل الأسرة الواحدة. **وبهذا أُغلق باب تأجير الأرحام بكل صوره من أول الطريق.**[4]

قرار تنظيم النسل رقم 39 (1/5) -الدورة الخامسة، الكويت 1409هـ الموافق 1988م. ودلالته هنا، فيما أستنبطه منه، أن الخصوبة محل رعاية شرعية لا شأن بيولوجي محايد، فيدخل علاج العقم في رفع الحرج.[5]

قرار البييضات الملقحة الزائدة عن الحاجة رقم 55 (6/6) -الدورة السادسة، جدة، 17–23 شعبان 1410هـ الموافق 14–20 مارس 1990م. وفيه: «يجب عند تلقيح البييضات الاقتصار على العدد المطلوب للزرع في كل مرة، تفاديًا لوجود فائض من البييضات الملقحة»، و«إذا حصل فائض من البييضات الملقحة -بأي وجه من الوجوه- تُترك دون عناية طبية إلى أن تنتهي حياة ذلك الفائض على الوجه الطبيعي»، و«يحرم استخدام البييضة الملقحة في امرأة أخرى».[6]

قرار الاستنساخ البشري رقم 94 (2/10) -الدورة العاشرة، جدة، 23–28 صفر

1418هـ الموافق 1997م. وفيه: «تحرم كل الحالات التي يُقحم فيها طرف ثالث على العلاقة الزوجية، سواء أكان رحمًا أم بويضة أم حيوانًا منويًا أم خلية جسدية للاستنساخ». وأهميته أنه رفع قاعدة الطرف الثالث من صور معدودة إلى **قاعدة كلية مفتوحة على المستجدات**.[7]

قرار الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم رقم 203 (9/21) -الرياض، 15–19 محرم 1435هـ الموافق 18–22 نوفمبر 2013م. وبه يكتمل تقسيم التعامل مع الجينات إلى أربع خانات: **قراءة وفحص للوقاية** جائز بضوابط؛ و**علاج جيني للخلايا الجسدية** جائز بشروط؛ و**تدخل توريثي في الخلايا الجنسية** محظور بصورته الحالية؛ و**تحسين و انتقاء** ممنوع مطلقًا. وأجاز القرار التشخيص الوراثي قبل زرع اللقيحة بشرط ضمان عدم خلط العينات.[8] وقد رخّص المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في اختيار جنس الجنين لحالات فردية بضوابط، فالمسألة خلافية بين المجامع، والذي يمشي عليه هذا الفصل قرار المجمع الدولي بمنع الانتقاء.

قرار الجينوم البشري والهندسة الحيوية المستقبلية رقم 235 (6/24) -دبي، 7–9 ربيع الأول 1441هـ الموافق 4–6 نوفمبر 2019م. أباح تقنيات التحرير الجيني -ومنها «كريسبر كاس9» -بثلاثة شروط: «أن تصادق على سلامتها وفعاليتها المرجعيات الطبية ذات العلاقة»، و«أن تستخدم لأغراض طبية في الوقاية من حدوث الأمراض الوراثية وعلاجها، ويمنع مطلقًا استخدامها في الأمور التجميلية (التحسينية)»، و«أن تكون هناك إجراءات تنظيمية صارمة». وقرر أن نقل الميتوكوندريا **«لا يجوز شرعًا؛ لاختلاط الأنساب»**.[9] فليست المسألة «منطقة رمادية»: القرار الجماعي صدر صريحًا بالمنع.

الدلالة الجامعة: علاج العقم مشروع أصلًا إذا بقي داخل الزوجية القائمة، واقتصر على نطفة الزوج وبويضة الزوجة ورحمها، ودعت إليه حاجة معتبرة. وكل صورة يدخل فيها طرف ثالث -نطفة أو بويضة أو جنينًا أو رحمًا أو خلية أو ميتوكوندريا -**فالمنع فيها صريح في قرارات المجمع، وعليه عامة المعاصرين، ولا تفتحه حاجة ولا شفقة**. وإذا انقضت الزوجية بطلاق أو وفاة، أو سحب أحد الطرفين رضاه، سقط الإذن؛ لأن الإذن يدور مع العقد والرضا وجودًا وعدمًا. وهذا هو الراجح عند المعاصرين، وبه أخذ النظام في المادة الرابعة.

ما يجوز وما لا يجوز: خريطة في صفحة واحدة

يجوز عند الحاجة، مع الاحتياطات المانعة من الخلط (القرار 16 (4/3)):

- نطفة الزوج وبويضة زوجته، تلقيح خارجي، ثم زرع اللقيحة في رحم الزوجة نفسها.
- حقن بذرة الزوج في الموضع المناسب من زوجته تلقيحًا داخليًا.
- التشخيص الوراثي قبل زرع اللقيحة لمنع مرض وراثي، بشرط ضمان عدم خلط العينات (القرار 203 (9/21)).[8]

محرَّم وممنوع منعًا باتًا (القرار 16 (4/3)):

- بويضة من امرأة ليست الزوجة، ولو زُرعت اللقيحة في رحم الزوجة.
- نطفة من رجل غير الزوج.
- لقيحة من رجل وامرأة أجنبيين تُزرع في رحم الزوجة.
- لقيحة الزوجين في رحم امرأة متطوعة بحملها.
- لقيحة الزوجين في رحم الزوجة الأخرى (الضرة).

ثم رفع القرار 94 (2/10) المنع إلى قاعدة كلية: أي طرف ثالث -رحمًا أو بويضة أو حيوانًا منويًا أو خلية -محرَّم؛ وبها حُسم نقل الميتوكوندريا في القرار 235 (6/24): «لا يجوز شرعًا».[7، 9] **ولا يغير الحكم أن الصورة «تبرع» بلا عوض أو أن المتبرعة قريبة**؛ فالممنوع هو الدخول الأجنبي في أصل التكوين لا ثمنه.

الأجنة الفائضة (القرار 55 (6/6)): الاقتصار على العدد المطلوب للزرع في كل مرة؛ وما فاض يُترك دون عناية طبية حتى تنتهي حياته طبيعيًا؛ ويحرم استخدامه في امرأة أخرى. فخياراتها: تجميد لاستعمال الزوجين نفسيهما ما دامت الزوجية والرضا قائمين، أو ترك للانتهاء وفق الضوابط، أو بحث علاجي بشروطه المشددة -ولا تُباع ولا يُتبرع بها.[6]

والزوجية تُشترط وقت كل إجراء لا وقت أخذ العينة. فالأرملة التي تطلب التلقيح بنطفة زوجها المحفوظة يُرفض طلبها ويُوقف كل استعمال إنجابي للعينة بحكم المادة الرابعة، مع مصارحة رحيمة.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

نظام وحدات الإخصاب والأجنة وعلاج العقم، الصادر بالمرسوم الملكي رقم **م/76 وتاريخ 1424/11/21هـ**، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم **260 وتاريخ 1424/09/23هـ**:

- **المادة الثانية:** يجوز التدخل لعلاج العقم القابل للعلاج بناءً على تقرير طبي، «ولا يجوز إطلاقًا إجراء عمليات الإخصاب لعلاج العقم الذي يثبت عدم قدرة المصاب به على

الإنجاب».[10]

• **المادة الثالثة:** «تلتزم وحدات الإخصاب والأجنة وعلاج العقم في ممارسة نشاطها بالفتاوى الشرعية التي تصدرها هيئة كبار العلماء في المملكة».

• **المادة الرابعة:** «يجب التأكد من وجود علاقة زواج قائمة قبل البدء في العلاج، ويحظر تخصيب أي بييضة للزوجة بنطفة الزوج بعد الطلاق أو الوفاة»، ويجب على الطبيب إيقاف العمليات.[10]

• **المادة الخامسة:** «لا يجوز زرع بييضة مخصبة من زوجين في رحم زوجة أخرى أو امرأة أخرى، ولا يجوز التلقيح بنطفة من غير الزوج ولا تخصيب بييضة لغير الزوجة».[10]

• **المادة السادسة:** موافقة كتابية صريحة من الزوجين على طريقة العلاج بعد تعريفهما بالإجراءات والمخاطر واحتمالات النتائج. وتفصيل الموافقة المستنيرة في الفصل الخامس.

• **المادة السابعة:** تحقق **اثنين على الأقل** من المختصين من تطابق الهوية ورقم السجل الطبي عند جمع العينات والإخصاب ونقل اللقيحة والأجنة.[11]

• **المادة الثامنة:** لا تدخل في الخلايا الجنسية أو الجينات الوراثية إلا لمعالجة أمراض وراثية، «على أن تجيزها لجنة الإشراف قبل ذلك».

• **المواد التاسعة والعاشرة والحادية عشرة:** تنظيم دقيق يمنع الخلط والاستبدال، ومسؤولية شخصية على الطبيب والمساعدين والفنيين.

• **المادة الثانية عشرة:** «السرية المطلقة» لمعلومات المرضى، ولا اطلاع إلا بموافقة لجنة الإشراف أو الجهات القضائية. وتفصيل السر الطبي في الفصل السابع.

• **المادة السابعة والعشرون:** توثيق أمين لجميع البيانات ودورات العلاج ونتائجها، وحفظها **عشر سنوات على الأقل**.

• **المادة الثانية والثلاثون:** عقوبة أو أكثر: غرامة **لا تقل عن مئتي ألف ريال ولا تزيد على خمسمئة ألف**، أو السجن **مدة لا تزيد على خمس سنوات**، أو إلغاء الترخيص. وتلحق هذه العقوبات من مارس بلا ترخيص، أو حقن نطفًا أو أجنة في امرأة من غير زوجها أو بعد انتهاء العلاقة الزوجية. وتلحق كذلك من نقل لقائح إلى رحم امرأة أخرى، أو تدخّل في الجينات بلا موافقة لجنة الإشراف.[10، 11]

ونظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، م/59 وتاريخ 1431/09/14هـ: المادة 19 تمنع الاتجار بالأمشاج واللقائح والبيانات الوراثية، والمادة 21 لا تجيز البحث على اللقائح والأمشاج والأجنة إلا وفق ضوابط اللائحة. والمادة 22 تحظر البحث لأجل استنساخ الإنسان، والمادة 28 تمنع استنسال الأجنة للحصول على الخلايا الجذعية، والمادة 29 تحظر إنشاء بنوك لحفظ الخلايا التناسلية بقصد التجارب.[12، 13] وتفصيل أخلاقيات البحث في الفصل الثامن والأربعين.

فممارسة الإخصاب في المملكة **نشاط مرخص مقيد بالفتوى والنظام والرقابة**، لا نشاط طبي حر يضبطه العقد الخاص وحده.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
جواز التلقيح بنطفة الزوج وبويضة زوجته عند الحاجة، خارجيًّا مع الزرع في رحمها أو داخليًّا، مع الاحتياطات المانعة من الخلط	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 16 (4/3) [4]
تحريم كل صورة يدخل فيها طرف ثالث: نطفة أو بويضة أو جنين أو رحم أو خلية	قرار مجمعي، وعليه عامة المعاصرين	القرار 16 (4/3) [4] والقرار 94 (2/10) [7]، وبه أخذ النظام في المادة الخامسة [10]
الاقتصار على العدد المطلوب من البييضات الملقحة، وترك الفائض لينتهي طبيعيًّا، وتحريم استخدامه في امرأة أخرى	قرار مجمعي	القرار 55 (6/6) [6]
جواز التشخيص الوراثي قبل الزرع للوقاية بشرط عدم الخلط، ومنع التحسين والانتقاء	قرار مجمعي، مع ترخيص مجمع الرابطة في اختيار الجنس لحالات فردية	القرار 203 (9/21) [8]
إباحة التحرير الجيني العلاجي بشروط ثلاثة، ومنع نقل الميتوكوندريا لاختلاط الأنساب	قرار مجمعي	القرار 235 (6/24) [9]
سقوط الإذن بانقضاء الزوجية بطلاق أو وفاة أو بسحب الرضا	قول راجح عند المعاصرين، وأخذ به	المادة الرابعة من نظام وحدات

	النظام في المادة الرابعة	الإخصاب [10]
اعتبار الاستعانة بالطبيب والمختبر استعانة فنية لا تمس النسب	تكييف استقرت عليه قرارات المجامع	القرار 16 (4/3) [4]

أين يقع الخطأ عادةً؟

لا تقع أكثر كوارث هذا الباب بقرار جريء مخالف للنص، بل في أربعة مواضع صامتة:

- **توقيع قديم يُعتمد** بعد أن تغيرت الواقعة بطلاق أو وفاة أو سحب رضا.
- **رغبة اجتماعية تُعامل استطبابًا**، فتُستعمل تقنية الوقاية أداةَ انتقاء (كاختيار الجنس).
- **ترميز متشابه في المختبر لا يُدقق**، فيقع الخلط أو الاستبدال.
- **تقنية ناشئة تُطبق لأنها «متاحة في الخارج»** قبل أن يصدر فيها قرار جماعي أو تنظيم.

وعلاج هذه المواضع الأربعة واحد: **تحقق محدث موثق قبل كل مرحلة، لا وثيقة تُستدعى من الملف.**

خلاصة عملية

قبل كل مرحلة -لا مرة واحدة في بداية الدورة -أعد التحقق من: قيام الزوجية، واستمرار رضا الطرفين، وهوية العينات بتحقق ثنائي موثق، وأن الغرض علاجي أو وقائي لا انتقائي. وارفع كل نازلة ناشئة إلى لجنة الإشراف قبل أي تطبيق، ولا يستقل مركزك بتقرير مشروعية تقنية أو بحث؛ وتفصيل ضوابط الابتكار في الفصل التاسع والأربعين. وإن كان الجواب منعًا، **فصارح الزوجين بسببه صراحة رحيمة**، واعرض البدائل المشروعة والدعم النفسي بصدق -فالمنع لا يعني التخلي.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: أجنة مجمدة بعد الطلاق -سحب الموافقة و انقضاء الزوجية

| السيناريو. جمّدت ليان، وهي في الثالثة والثلاثين، أجنةً مخصبة من بويضاتها ونطف زوجها قبل خضوعها لعلاج كيميائي مؤثر في الخصوبة. شُفيت، ثم وقع الطلاق. تتقدم اليوم إلى المركز طالبة نقل الأجنة إلى رحمها، وتقول إنها فرصتها الأخيرة للأمومة البيولوجية؛ ويعترض الطليق كتابةً ويسحب موافقته رافضًا أبوة تُفرض عليه بعد انتهاء العلاقة. (وأما صورة الأرملة التي تطلب الإجراء بنطف زوجها

بعد وفاته فجوابها في مبحث «مواقف متكررة وجوابها المختصر» الآتي).

السؤال الحاسم. هل تبقى موافقة سابقة صالحة لإنشاء حمل بعد زوال العلاقة الزوجية التي قامت عليها؟

| **الركن الطبي**. الأجنة صالحة للنقل تقنيًا، وقد تكون فعلًا الفرصة الأخيرة لأمومة بيولوجية بعد أثر العلاج الكيميائي في مخزون المبيض؛ فحرمان الطلب هنا ليس هيّنًا طبيًا ولا نفسيًا ويجب أن يواجَه بصدق ورحمة. غير أن الإمكان التقني لا ينشئ استطبابًا: الإجراء المطلوب ليس علاجًا لمرض قائم بل إنشاء حمل جديد خارج إطاره الذي أذن به. ويثبت الفريق في الملف: صلاحية الأجنة، وحالة المرأة، والبدائل الواقعية المتبقية لها مستقبلًا -ومنها، إن كانت الخصوبة المتبقية تسمح، تجميد بويضات غير ملقحة لا معلَّق عليها حق طرف آخر [14].

| **الركن الأخلاقي**. يتقابل هنا حقان لا يُجمع بينهما: رغبة المرأة في الأمومة، وحق الرجل في ألا تُفرض عليه أبوة -بنسبها وحقوقها وأثرها الممتد -بعد انقضاء العلاقة. ولا يُزال ضرر العقم بإلحاق ضرر الأبوة القسرية؛ كما لا يصح استدعاء طفل إلى الوجود في سياق نزاع سابق على وجوده، فتُحمَّل مصلحتُه كلفة حسم خلاف الكبار. وفي صورة الوفاة تكون الرغبة مفهومة وجدانيًا، لكن الطفل سيولد يتيمًا بقرار مقصود وفي غموض حقوقي؛ ورعاية مشاعر الحي لا تنشئ حقًا على المتوفى ولا على المولود. والرضا في هذا الباب -كما تقرر -مستمر متجدد لا إذن تاريخي.

| **الركن الفقهي**. جواز التلقيح خارج الجسم مشروط بقيام الزوجية وقت استعمال اللقيحة لإنشاء الحمل، لا وقت تكوينها فحسب [4]؛ فإذا وقع الطلاق أو الوفاة انتفى الإطار الذي أذن الشرع فيه بالإجراء، وصار الزرع إنشاءً لحمل بين أجنبيين أو من ميت. وتحكم الواقعةَ قواعدُ: الأصل في الأبضاع التحريم، فلا يُقدم على صورة مشتبهة؛ والضرر لا يزال بالضرر، فلا تُدفع مفسدة الحرمان بمفسدة النسب المضطرب. وسد الذرائع، فإن فتح باب «الاستعمال بعد العدة أو بعد الوفاة» يفضي إلى نزاعات نسب وإرث لا تنضبط. ويقدَّم حفظ النسب عند التعارض على الرغبة في الولد.

| **الركن النظامي**. حسم النظام السعودي الصورة نصًا: التحقق من قيام الزوجية شرطٌ للبدء ولكل مرحلة، ويوقف كل إجراء عند الطلاق أو الوفاة، ولا يجوز التلقيح أو النقل بعد انقضاء العلاقة الزوجية. ومخالفة ذلك من المخالفات الجسيمة التي ترتب المساءلة وقد تبلغ عقوبتها السجن وإلغاء الترخيص [10، 11]. والموافقة الموقعة أيام الزوجية لا تصلح سندًا؛ لأن النظام علّق الإجراء على قيام العلاقة لا على الوثيقة. وعند النزاع يجب على المركز وقف الإجراءات جميعًا وإحالة مصير الأجنة إلى الضوابط واللجنة المختصة، وتوثيق الإيقاف وسببه.

القرار المهني الموزون. يُرفض طلب النقل، ويوقَف أي تصرف في الأجنة، ويُوثَّق سحب الموافقة والطلاق في الملف، ويحال مصير المادة المحفوظة إلى المسار النظامي. وتُصارح ليان بالحكم وسببه صراحة رحيمة، ويُعرض عليها الدعم النفسي وتقييمُ خياراتها المستقبلية المشروعة. ولا يتغير القرار لو عاد الطرفان فتراضيا مع بقاء البينونة؛ فالمعتبر عقد نكاح قائم وقت الإجراء، فإن عقدا نكاحًا

جديدًا صحيحًا عاد النظر بشروطه من أوله.

الحالة الثانية: مرض وراثي خطير-الفحص قبل الانغراس ومصير الأجنة الفائضة

| **السيناريو**. أحمد وسارة حاملان لطفرة متنحية لمرض وراثي عصبي مميت في الطفولة، وسبق أن فقدا طفلًا به. أوصت عيادة الوراثة بإخصاب خارجي مع فحص وراثي قبل الانغراس. نتجت من الدورة ثماني لقائح: ثلاث سليمة، وثلاث حاملة للطفرة غير مصابة، واثنتان مصابتان. يسألان: أي الأجنة تُنقل؟ وما مصير البقية؟ وهل يجوز التبرع بها لزوجين محرومين أو لبحث علمي؟

السؤال الحاسم. كيف تُستعمل الوقاية الوراثية المشروعة دون أن تنزلق إلى انتقاء محظور أو تصرف ممنوع في الفائض؟

| **الركن الطبي**. الاستطباب هنا نموذجي: مرض محدد موثق، وخطر تكرار معلوم (ربع الأحمال في المتنحيات)، وتاريخ أسري مثبت؛ فالفحص وقاية طبية لا انتقاء [8]. وتضبط الدورة على تقليل الفائض ابتداءً بقدر المستطاع، ويوضح للزوجين حدود الفحص: دقة عالية لا عصمة، واحتمال خطأ ضئيل يوجب تأكيدًا أثناء الحمل، وسلامة الجنين من هذا المرض لا تعني ضمانه من كل مرض. ويكون النقل وفق قاعدة الجنين الواحد المفضل [15، 16]. والأجنة الحاملة غير المصابة سليمة سريريًا؛ فلا مسوغ طبيًا لاستبعادها من الاستعمال المستقبلي للزوجين، وإن قُدّمت السليمة عليها بمشورة وراثية.

| **الركن الأخلاقي**. تجنيب الطفل مرضًا مهلكًا إحسانٌ إلى من سيولد لا انتقاء ضده؛ والحد الأخلاقي أن يبقى المعيار هو المرض الموثق: فلا يضاف إلى الفحص «تحسينات» جانبية، ولا يُرتب بين الأجنة السليمة بصفات أخرى. وأما الفائض فليس عينات تُستهلك: لكل لقيحة اعتبار، والتصرف فيها محكوم بما سبق تقريره لا بمنطق الملكية. ويُحترم حزن الزوجين المركّب -فقد سابق، وقرارات حاضرة -بدعم نفسي ومشورة غير موجهة.

| **الركن الفقهي**. الفحص لهذا الغرض جائز بنص قرار الجينوم بشرط صيانة العينات [8]، واستبعاد نقل اللقائح المصابة بمرض مهلك قبل الانغراس ليس إجهاضًا ولا اعتداء على نفس، بل ترك تحصيلٍ داخل ما أذن به أهل العلم في هذا الطور. ويحكم مصيرَ الفائض قرارُ البييضات الملقحة الزائدة: تقليل الإنشاء ابتداءً، وترك ما فاض حتى تنتهي حياته على الوجه الطبيعي، وتحريم استخدامه في امرأة أخرى [6]. فالتبرع باللقائح لزوجين آخرين ممنوع لأنه إدخال ولدٍ على غير فراشه واختلاطٌ للنسب [4، 7، 6]؛ وبيعها محرم قطعًا. وأما البحث فبضوابطه المشددة: غرض علاجي معتمد، وإذنان، ولا إنشاء للبحث، ولا زرع مطلقًا [12].

| **الركن النظامي**. الفحص مقيد نظامًا بالغرض العلاجي وبمسار لجنة الإشراف حيث لزم [10، 11]؛ والتبرع بالأجنة أو نقلها إلى غير الزوجة من المخالفات الجسيمة [10]؛ والبحث عليها محكوم بنظام أخلاقيات البحث ولوائحه وموافقة اللجان [12]. وتوثَّق خيارات الزوجين في مصير الفائض توثيقًا مرحليًا قابلًا للتجديد، مربوطًا ببقاء الزوجية والرضا.

القرار المهني الموزون. تُنقل لقيحة سليمة واحدة وفق الإرشاد، وتجمَّد السليمات والحاملات

لاستعمال الزوجين المستقبلي ما دامت الزوجية والرضا قائمين، مع مشورة وراثية عند كل استعمال لاحق. ولا تُنقل المصابتان، ويُبت في مآلهما وفق الضوابط النظامية بخيارين لا ثالث لهما: الترك للانتهاء وفق الإجراءات المعتمدة، أو بحث علمي علاجي مستوفٍ شرطيه وإذنيه؛ ويمتنع التبرع والبيع مطلقًا. ويعاد التحقق من الزوجية والرضا قبل كل فك تجميد.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

أرملة تطلب التلقيح بنطفة زوجها المحفوظة. الجواب: يرفض التلقيح والنقل، ويوقف كل استعمال إنجابي للنطفة، وتدار العينة وفق العقد واللائحة والجهة المختصة بلا تبرع ولا استعمال بحثي تلقائي، مع مصارحة مكتوبة رحيمة ودعم نفسي. وضابطه أن الزوجية تنتهي بالوفاة، والجواز معلق على قيامها وقت الاستعمال المنشئ للحمل لا وقت أخذ العينة [4]؛ وقد حظرت المادة الرابعة التخصيب بعد الوفاة وأوجبت الإيقاف، وجعلت المادة الثانية والثلاثون الحقن بعد انتهاء العلاقة من المخالفات الجسيمة [10].

طلب اختيار جنس المولود لتوازن أسري. الجواب: يرد الطلب بأدب وحسم مع توثيق سببه، ولا يفتح تفاوض على «حل وسط» كفحص شامل يتضمن الجنس؛ فالغرض هو المعيار لا الشكل. وضابطه أن لا حاجة علاجية هنا: زوجان خصيبان، وتنشيط وسحب باضع بلا استطباب، واستبعاد أجنة سليمة لجنسها؛ وقد قصر قرار الجينوم الجوازَ على الغرض الطبي [8]، وقصر النظام التدخل على العلاج بإجازة لجنة الإشراف [10]. ويتغير القرار إن ثبت بتقرير وراثي مرض خطير مرتبط بالجنس.

طلب السفر لتأجير رحم أو للتبرع ببويضة أو نطفة. الجواب: لا يعان على المسار ولا يهيأ له بتقرير أو تحضير أو إحالة، ويبصر الزوجان بأثره في النسب والتوثيق عند العودة، مع بقاء باب الرعاية والدعم النفسي مفتوحًا. وضابطه أن صور الطرف الثالث كلها ممنوعة فقهًا ونظامًا، تبرعًا كانت أو بعوض، حتى بين ضرتين [4، 7، 10]؛ وتغيرُ مكان الإجراء لا يغير حكم النسب ولا يرفع المسؤولية عمن أعان عليه.

الدروس المشتركة من الحالات

تكشف الحالات أن سؤال الباب الحاسم ليس «هل التقنية ممكنة؟» بل «من أذن، ولمن، وإلى متى؟»: فموافقةُ أمسِ لا تنشئ حق اليوم إذا انقضت العلاقة بطلاق أو وفاة (ليان، وطلب الأرملة في المواقف المتكررة). والمختبر المتقن ليس ترفًا إداريًا بل خط الدفاع عن النسب كله (التبديل). والوقاية المشروعة تحتاج حدودًا تمنعها من التحول انتقاءً (أحمد وسارة، وطلب اختيار الجنس). والنص الجماعي الصريح يقطع الاجتهاد الفردي ولو اشتدت الحاجة وصدقت الأخبار.

وتظهر فيها جميعًا قاعدة إجرائية واحدة: التحققُ المحدث قبل كل مرحلة -من الزوجية، والرضا، والغرض، والهوية -هو الذي يحول النصوص إلى حماية فعلية لا شرطًا ورقيًا.

وتؤكد الحالات أخيرًا أن الرفض المشروع لا يُعفي من الرعاية: فمن رُد طلبها لانقضاء زوجية، أو

لغياب استطباب، أو لغياب تنظيم، تبقى مريضًا يستحق الصدق والدعم والبدائل. فالمنظومة التي تحسن الرد ولا تحسن المواساة تُخرج الناس من أبوابها إلى أبواب لا ضابط فيها.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. زوجة انقطعت مبايضها مبكرًا، فعرضت أختها التبرع ببويضة تُلقَّح بنطفة الزوج ثم تُزرع في رحم الزوجة نفسها، والجميع راضون بلا عوض. ما الحكم؟

أ) جائز لأن الحمل والولادة من الزوجة نفسها فلا تنقسم الأمومة

ب) جائز لأن المتبرعة قريبة ولا عوض في المسألة

ج) ممنوع منعًا باتًا؛ فهو تلقيح بين نطفة الزوج وبويضة امرأة ليست زوجته في القرار 16 (4/3)، والمادة الخامسة لا تجيز تخصيب بييضة لغير الزوجة

د) جائز بموافقة لجنة الإشراف وتوثيق النسب

2. اكتشف فني المختبر أثناء المراجعة أن أجنة أسرتين ربما بُدِّلت، وإحدى الزوجتين حامل بالفعل. ما التصرف الأول؟

أ) تُطمأن الأسرتان ويُكتفى بتصحيح الترميز في السجل

ب) تُوقف إجراءات الأسرتين وتُحفظ الأدلة ويُجرى التحقق الوراثي عاجلًا، ثم تُصارح الأسرتان وتُبلَّغ الجهات المختصة ويُحال تقرير النسب والحقوق إلى القضاء والجهة الفقهية

ج) يُنتظر حتى الولادة ثم يُجرى فحص الأبوة

د) يُخبَر مدير المركز وحده ويُغلق الملف حفاظًا على سمعة المركز

3. طلب زوجان لهما ثلاثة أبناء استخدام التشخيص الوراثي قبل الانغراس لاختيار مولودة أنثى. ما التكييف؟

أ) رغبة اجتماعية تُعامل معاملة الاستطباب، فتُقبل بعد التبصير

ب) انحراف بالتقنية من الوقاية من مرض إلى الانتقاء، والتحسين والانتقاء ممنوعان بحسب قرار المجمع 203 (9/21) الذي يمشي عليه الفصل

ج) جائز لأن التشخيص قبل الانغراس أُجيز أصلًا في قرار المجمع رقم 203 (9/21)

د) جائز إذا لم يترتب عليه إتلاف أجنة سليمة

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) ب • 3) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] World Health Organization. (2023, April 4). *1 in 6 people globally affected by infertility*. المصدر الرسمي

[2]World Health Organization. (2024). *Infertility: Fact sheet*. المصدر الرسمي

[3]ESHRE Ovarian Stimulation Guideline Group. (2025). ESHRE guideline: Ovarian stimulation for IVF/ICSI -an update in 2025. *Human Reproduction,* 41(4), 498–520. المصدر الرسمي

[4] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1407هـ/1986م). قرار رقم 16 (4/3) بشأن أطفال الأنابيب، الدورة الثالثة، عمّان. المصدر الرسمي

[5] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1409هـ/1988م). قرار رقم 39 (1/5) بشأن تنظيم النسل، الدورة الخامسة، الكويت. المصدر الرسمي

[6] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1410هـ/1990م). قرار رقم 55 (6/6) بشأن البييضات الملقحة الزائدة عن الحاجة، الدورة السادسة، جدة. المصدر الرسمي

[7] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1418هـ/1997م). قرار رقم 94 (2/10) بشأن الاستنساخ البشري، الدورة العاشرة، جدة. المصدر الرسمي

[8] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1435هـ/2013م). قرار رقم 203 (9/21) بشأن الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري (المجين)، الدورة الحادية والعشرون، الرياض. المصدر الرسمي

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1441هـ/2019م). قرار رقم 235 (6/24) بشأن الجينوم البشري والهندسة الحيوية المستقبلية، الدورة الرابعة والعشرون، دبي. المصدر الرسمي

[10] المملكة العربية السعودية، هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. (1424هـ/2004م). نظام وحدات الإخصاب والأجنة وعلاج العقم، المرسوم الملكي رقم م/76 وتاريخ 1424/11/21هـ. المصدر الرسمي

[11] وزارة الصحة السعودية. (1440هـ/2019م). نظام وحدات الإخصاب والأجنة وعلاج العقم ولائحته التنفيذية (الإصدار الثاني). المصدر الرسمي

[12] المملكة العربية السعودية، هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. (1431هـ/2010م). نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، المرسوم الملكي رقم م/59 وتاريخ 1431/9/14هـ. المصدر الرسمي

[13]Alahmad, G. (2017). The Saudi law of ethics of research on living creatures and its implementing regulations. *Developing World Bioethics,* 17(2), 63–69. DOI

[14]Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2023). Planned oocyte cryopreservation to preserve future reproductive potential: An Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility,* 121(1), 32–41. DOI

[15]European Society of Human Reproduction and Embryology Guideline Group on the Number of Embryos to Transfer. (2024). ESHRE guideline: Number of embryos to transfer during IVF/ICSI. *Human Reproduction,* 39(4), 647–657. DOI

[16]Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2021). Guidance on the limits to the number of embryos to transfer: A committee opinion. *Fertility and Sterility,* 116(3), 651–654. DOI

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

أخلاقيات الإجهاض

Chapter 21 -Ethics of Abortion

اللجان تتحقق من وجود المسوغ ولا تصنعه، وكثرة التوقيعات لا تحوّل سببًا غيروارد في النص إلى سبب مشروع.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

قد تمرّ عليك في الطوارئ امرأة تنزف ولا يحتمل حالها الانتظار، وفي العيادة زوجان جاءهما تقرير تصوير قاسٍ عن جنينهما، وفي القبول فتاة تطلب إنهاء حملها وتبكي ولا تريد أن يعلم أحد. ثلاث وقائع، وثلاثة أحكام مختلفة تمامًا. والخطأ الأكبر الذي يقع فيه الطالب أن يبحث عن جواب واحد لسؤال «هل الإجهاض جائز؟».

الجواب لا يوجد في مبدأ عام، بل في تفاصيل ست: التشخيص ودرجة يقينه، وعمر الحمل وطريقة حسابه، وخطر الاستمرار وخطر الإنهاء والبدائل، وما تريده المرأة بعد شرح غير ضاغط، والحكم الفقهي المنطبق على هذه المرحلة، والمسوغ النظامي والإجراء المؤسسي. فإن لم تجتمع هذه الإجابات، بقيت الحالة تحت التقييم، ولم تتحول الرغبة ولا الفتوى ولا رأي الطبيب المنفرد إلى إذن بالتدخل.

المفاهيم الأساسية: أربع لغات لواقعة واحدة

الواقعة الواحدة قد تُسمّى **«فقد حمل»** بالمصطلح الطبي، و**«إسقاطًا»** بالمصطلح الفقهي، و**«إجهاضًا محظورًا»** أو **«مأذونًا»** بالمصطلح النظامي. ولذلك يجب أن يذكر تقريرك الطبي خمسة بيانات دائمًا: التشخيص، وهل الجنين حي، والعمر الحملي، وغرض التدخل، والنتيجة المقصودة. فبغير هذه البيانات تُنقل الحالة من مدخل إلى مدخل بلا بيان، ويتغيّر تكييفها من حيث لا تدري.

وميّز بين ثلاثة أنواع. الأول **الإجهاض التلقائي** الذي يقع بلا قصد (المنذر، والحتمي، وغير الكامل، والمستكن، والإنتاني وهو أخطرها)، ولا مسؤولية فيه على الحامل، وواجبك فيه العلاج والدعم وتجنّب أي لغة اتهام. والثاني **الإجهاض العلاجي** لسبب طبي معتبر، وهو محل البحث كله. والثالث **الإجهاض غير المشروع** كالإنهاء لعدم الرغبة أو للضائقة

الاقتصادية وحدها أو لاختيار جنس الجنين.

انتبه: «قابلية الحياة خارج الرحم» مفهوم سريري احتمالي يتغيّر بموارد المركز وخبرته، وليس هو «نفخ الروح» الفقهي. والخلط بينهما يفسد الوصفين معًا.

عمر الحمل: الرقم الذي يغيّر الحكم

أنت تحسب العمر الحملي من اليوم الأول لآخر دورة، أي قبل الإخصاب بنحو أسبوعين.[1] أما عبارة الفقهاء «**120 يومًا**» فتتعلق عند كثير منهم بمدة من الإخصاب. وعليه فإن 120 يومًا من الإخصاب تقارب -في دورة نموذجية- **19 أسبوعًا ويومًا واحدًا** بالعمر الحملي السريري، لا 17 أسبوعًا.

فلا تكتب في التقرير: «الأسبوع الخامس عشر، أي قبل 120 يومًا». سجّل العمر **بالأسابيع والأيام**، ومصدر التأريخ: دورة موثوقة، أم تصوير مبكر، أم تاريخ إخصاب معروف في طفل الأنابيب. وإذا قربت الحالة من حدٍّ شرعي أو نظامي فاطلب رأي طب الأم والجنين والمشورة الفقهية والنظامية، ولا تعتمد تحويلًا تقريبيًا منفردًا. توثيق العمر ليس إجراءً شكليًا؛ هو عنصر جوهري في التكييف.

ما الذي يجب أن يثبت قبل أي قرار؟

عبارة «الحمل خطر» أو «ربما تتعب الأم» لا قيمة لها. المطلوب أن تبيّن: المرض المؤكد ومؤشرات شدته، والنتيجة المتوقعة إن استمر الحمل، وزمن الخطر (ساعات أم أسابيع)، وأثر الإنهاء في خفضه ومخاطر الإجراء نفسه. ثم تبيّن البدائل الأقل ضررًا (علاج المرض أثناء الحمل، أو النقل إلى مركز أعلى، أو ولادة مبكرة عند بلوغ مرحلة مناسبة، أو مراقبة مكثفة)، وسبب عدم كفاية هذه البدائل.

وفي التشخيص الجنيني: اسم المرض وحده لا يحسم شيئًا. أكّد التشخيص في مركز ذي خبرة، وتجنّب وصف كل عيب شديد بأنه «غير متوافق مع الحياة»؛ فالأدقّ «**حالة محدِّدة للحياة**».[2] وافصل بين احتمال خطأ التشخيص واحتمال تغيّر الإنذار.

الأساس الشرعي

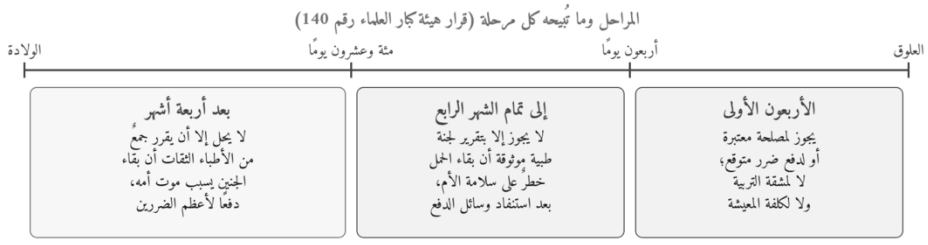
الأصل حماية الجنين، وهو ما استقرت عليه قرارات المجامع؛ فحرمته لا تنعدم في أول الحمل بل تتدرج قوةً حتى تبلغ أغلظ صورها بعد نفخ الروح. وقد أوجبت الشريعة الغُرّة في الجناية عليه بنص السنة، وأخّرت إقامة بعض العقوبات على الحامل، وأثبتت له أهلية وجوب ناقصة كالميراث والوصية إذا وُلد حيًّا. وفي الإسقاط قبل نفخ الروح خلاف

فقهي قديم: رخّص فيه بعض الحنفية لعذر، وأباحه بعض الفقهاء قبل الأربعين، ومنعه المالكية والغزالي من أول الحمل. والذي تعمل به في المملكة هو ما استقر عليه قرار هيئة كبار العلماء الآتي.

وقرار هيئة كبار العلماء رقم 140 وتاريخ 1407/6/20هـ هو المرجعية السعودية الأهم؛ لأن اللائحة التنفيذية أدرجت ضوابطه نصًّا، فصار جزءًا من المنظومة الملزمة لا فتوى خارجها.[3، 4] وأصله: لا إسقاط للحمل في مختلف مراحله إلا لمبرر شرعي وفي حدود ضيقة جدًّا، ثم تتدرج الأحكام بحسب المرحلة -وتفصيلها في الجدول الآتي.

وقرر **المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي** في القرار الرابع من دورته الثانية عشرة سنة 1410هـ/1990م -ويُشار إليه برقم **71 (12/4)** -أنه بعد 120 يومًا لا يجوز الإسقاط ولو ثبت التشوه، إلا بخطر مؤكد على حياة الأم. وقبل 120 يومًا يجوز عنده إذا ثبت بتقرير لجنة من الأطباء الثقات أن التشوه خطير غير قابل للعلاج، وبناءً على **طلب الوالدين**.[5] وقرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي** في قراره رقم **113 (7/12)** بالرياض 1421هـ/2000م أن للجنين حقًّا في الحياة من بدء تكوّنه. وفي قراره رقم **39 (1/5)** بالكويت 1409هـ/1988م فرّق بين تنظيم النسل قبل الحمل والاعتداء على حمل قائم.[6، 7] فالمجامع متفقة على الأصل، ومختلفة في سعة المسوّغ قبل 120 يومًا، ولا سيما التشوه الجنيني.

المراحل والأحكام في جدول واحد



شكل 6: مراحل الحمل وما تُجيزه كل مرحلة.

اقرأ الجدول من اليمين: حدِّد المرحلة أولًا، ثم اسأل: ما المسوّغ المقبول؟ ومن يقرر؟

المرحلة	قرار 140: المسوّغ	من يقرر	المادة 22
الأربعون يومًا	مصلحة شرعية أو دفع	-	ضرر جسيم مؤكد على

الأولى	ضرر متوقع		صحة الأم، بقرار لجنة
بعد الأربعين وقبل إكمال أربعة أشهر	يُخشى على الأم الهلاك، بعد استنفاد الوسائل	لجنة طبية موثوقة	ضرر جسيم مؤكد على صحة الأم، بقرار لجنة
بعد إكمال أربعة أشهر	بقاء الجنين يسبب موت أمه، بعد استنفاد وسائل إنقاذه	جمع من الأطباء المتخصصين الموثوقين	ضرورة إنقاذ حياة الأم فقط

ونصوص المراحل الثلاث في القرار 140:

• «في الأربعين الأولى: يجوز الإسقاط إذا كان فيه مصلحة شرعية أو دفع ضرر متوقع؛ أما الإسقاط خشية المشقة في تربية الأولاد، أو خوف العجز عن تكاليفهم أو من أجل مستقبلهم، أو اكتفاءً بما لدى الزوجين من الأولاد، فغير جائز».

• «بعد الأربعين وقبل إكمال أربعة أشهر: لا يجوز الإسقاط وهو علقة أو مضغة حتى تقرر لجنة طبية موثوقة أن استمراره خطر على سلامة الأم بأن يُخشى عليها الهلاك، وبعد استنفاد الوسائل لتلافي تلك الأخطار».

• «بعد إكمال أربعة أشهر: لا يحل الإسقاط حتى يقرر جمع من الأطباء المتخصصين الموثوقين أن بقاء الجنين في بطن أمه يسبب موتها، وبعد استنفاد الوسائل الممكنة لإنقاذ حياته».[3]

ونص المادة الثانية والعشرين: «يحظر على الطبيب إجهاض أي امرأة حامل إلا إذ اقتضت ذلك ضرورة إنقاذ حياتها. ومع ذلك يجوز الإجهاض إذا لم يكن الحمل أتم أربعة أشهر، وثبت بصورة أكيدة أن استمراره يهدد صحة الأم بضرر جسيم، ويثبت هذا الأمر بقرار من لجنة طبية تشكل طبقًا للشروط والأوضاع التي تحددها اللائحة التنفيذية لهذا النظام».[8]

ثلاث ملاحظات تمنع سوء القراءة:

• الأربعون الأولى **ليست إباحة مطلقة**: فالرغبة والضيق المادي وكثرة الأولاد ليست مسوِّغًا في أي مرحلة بنص القرار 140.

• كلما تقدم الحمل **ضاق المسوِّغ وارتفع مستوى من يقرر**: من مصلحة أو ضرر، إلى خشية الهلاك بلجنة، إلى الموت المحقق بجمع من المختصين. ولا يكفي في المرحلتين الأخيرتين رأي طبيب منفرد.

• **المادة 22 هي بوابة التنفيذ**: قبل إتمام أربعة أشهر ضرر جسيم على صحة الأم ثابت بصورة أكيدة بقرار لجنة؛ وبعدها إنقاذ حياتها فقط. والقرار 140 يعمل داخل هذه البوابة لا بديلًا عنها.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي رقم م/59 وتاريخ 1426/11/4هـ	الإطار الحاكم لمزاولة المهنة والإجهاض والمسؤولية[8]
المادة الثانية والعشرون	حظر الإجهاض إلا لضرورة إنقاذ حياة الأم؛ ويجوز قبل إتمام أربعة أشهر إذا ثبت بصورة أكيدة أن الاستمرار يهدد صحة الأم بضرر جسيم، بقرار لجنة طبية[8]
اللائحة التنفيذية، الفقرة 1-22	إدراج ضوابط قرار هيئة كبار العلماء رقم 140 نصًّا[3، 4]
اللائحة التنفيذية، الفقرة 2-22	لجنة يشكلها مدير المستشفى أو نائبه، لا يقل أعضاؤها عن ثلاثة أطباء استشاريين أو أخصائيين، بينهم مختص بالمرض المسوّغ، بتقرير موقّع ومعتمد[4]
اللائحة التنفيذية، الفقرة 3-22	منع صرف الأدوية المسقطة أو تسهيلها لإجهاض غير مسموح به شرعًا[4]
المادة السابعة والعشرون	التعويض عن كل خطأ مهني صحي ترتب عليه ضرر للمريض[8]
المادة الثامنة والعشرون	مخالفة المادة 22: السجن مدة لا تتجاوز ستة أشهر وغرامة لا تزيد على مئة ألف ريال أو بإحداهما[8]
نظاما حماية الطفل والحماية من الإيذاء	وجوب التبليغ عن الإيذاء والإهمال، والإبلاغ عند الاشتباه في إصابة جنائية[9، 10]
نظام حماية البيانات الشخصية (م/19 والمعدل بـ م/148)	البيانات الصحية والوراثية بيانات حساسة، والإفصاح بالقدر اللازم ولذي صفة[11]

وأهم ما يستنتج من هذه النصوص: **التشوه الجنيني ليس سببًا مستقلًا في المادة 22، وكذلك الاغتصاب والظرف الاجتماعي والحمل المتعدد**. وقد تدخل بعض هذه الوقائع قبل أربعة أشهر من باب الضرر الجسيم على صحة الأم إن ثبت بشروطه، لكن لا

يُفترض ذلك تلقائيًا. والفتوى الجماعية -مهما كانت معتبرة- لا تضيف وحدها سببًا جديدًا إلى المادة.

وفي الإسعاف الذي يهدد الحياة: تُقدَّم الحياة بقدر الضرورة، ولا يصير انتظار الورق سببًا لضياعها، ثم يُوثَّق سبب الاستعجال وتعذُّر الموافقة، وتُعرض الحالة لاحقًا للمراجعة لا لاستصدار إذن بأثر رجعي. وتفصيل استثناء الطوارئ في الموافقة في الفصل الخامس.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
للجنين حق في الحياة من بدء تكوّنه، والأصل حرمة الاعتداء عليه	قرار مجمعي، وعليه عامة قرارات المجامع	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 113 (7/12) [6]
لا إسقاط في مختلف مراحل الحمل إلا لمبرر شرعي وفي حدود ضيقة جدًّا	قرار هيئة كبار العلماء، أُدرج نصًّا في اللائحة التنفيذية	القرار 140 في 1407/6/20هـ [3، 4]
في الأربعين الأولى: يجوز لمصلحة شرعية أو دفع ضرر متوقع، لا لخشية المشقة أو الاكتفاء بالأولاد	قرار هيئة كبار العلماء	القرار 140 [3]
بعد الأربعين وقبل أربعة أشهر: لا يجوز إلا بقرار لجنة طبية موثوقة بخشية الهلاك على الأم بعد استنفاد الوسائل	قرار هيئة كبار العلماء	القرار 140 [3]
بعد إكمال أربعة أشهر: لا يحل إلا إذا قرر جمع من الأطباء المتخصصين أن بقاء الجنين يسبب موت أمه	قرار هيئة كبار العلماء، ويوافقه قرار مجمع الرابطة	القرار 140 [3]، والقرار 71 (12/4) [5]
جواز الإسقاط قبل 120 يومًا للتشوه الخطير غير القابل للعلاج بتقرير لجنة وطلب الوالدين	قرار مجمعي (مجمع الرابطة)، وليس سببًا مستقلًّا في المادة 22	المجمع الفقهي الإسلامي، القرار 71 (12/4) [5]
الخلاف القديم في الإسقاط قبل نفخ الروح: ترخيص بعض الحنفية لعذر، ومنع المالكية والغزالي من أول الحمل	أقوال فقهية مذهبية	كتب المذاهب، ولا إحالة لها في هذا الفصل

أين يقع الخطأ عادةً؟

• **شعار «قبل 120 جائز»:** حسابٌ تقريبي بلا توثيق، أو مساواة أسبوع حملي بيوم إخصاب.

• **الخلط بين الفتوى والنظام:** قرار مجمع فقهي يُستعمل بديلًا عن مسار المادة 22، أو لجنة تصدر موافقة صورية بلا مسوغ أمومي موثق. اللجان **تتحقق** من وجود المسوغ ولا **تصنعه**، وكثرة التوقيعات لا تحوّل سببًا غير وارد في النص إلى سبب مشروع.

• **اللجنة الدفاعية:** تكرار الفحوص وتأجيل القرار لتخفيف خوف المؤسسة لا لتحسين الرعاية. التأخير في حالة متدهورة ضرر بحد ذاته، كما أن استعجال تدخل لا رجعة فيه قبل تأكيد تشخيص قابل للمراجعة ضرر أيضًا.

• **افتراض أن الرفض نهاية الرعاية:** إذا لم يجز الإنهاء فلا بد من خطة بديلة -رعاية تلطيفية حول الولادة، أو علاج نفسي، أو متابعة حمل عالي الخطورة، أو حماية من العنف.[2، 12]

• **التساهل في الدواء:** كتابة وصفة مسقطة أو الدلالة على مصدرها، وهي مخالفة تمس المسؤولية الجزائية والتأديبية معًا.

خلاصة عملية

اسأل بالترتيب: ما التشخيص ودرجة يقينه؟ كم العمر بالأسابيع والأيام وما مصدره؟ ما الخطر وزمنه واحتماله وما البدائل؟ هل القرار مفهوم وطوعي وخالٍ من الإكراه؟ ما المرحلة الفقهية والقرار المنطبق؟ ثم أخيرًا: **هل الحالة إنقاذ حياة، أم قبل أربعة أشهر مع ضرر صحي جسيم ثابت بصورة أكيدة؟**

والقاعدة الجامعة: **لا إنهاء بلا تشخيص وعمر وخطر موثق، ولا ضرورة بلا بدائل، ولا موافقة بلا فهم وطوعية، ولا فتوى بلا تنزيل صحيح، ولا تدخل بلا مسوغ نظامي وصاحب صلاحية.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

القواعد الحاكمة لهذا الباب. تدور الحالات الآتية على أربعة ضوابط تكررت في الفصل: أن التشخيص يثبت قبل أن يوزن، وأن عمر الحمل يوثق بالأسابيع والأيام ومصدر التأريخ لأنه يغير الحكم. وثالثها أن الفتوى الجماعية لا تنشئ بذاتها مسوغًا نظاميًا ولا تملك اللجنة توسيع المادة الثانية

والعشرين بالتعاطف، ورابعها أن الرفض لا يساوي التخلي فتبقى خطة بديلة في كل حالة. ويقرأ كل تحليل بالترتيب نفسه: طبي، فأخلاقي، ففقهي، فنظامي، ثم قرار موزون.

الحالة الأولى: مرض أمومي يهدد الحياة قبل أربعة أشهر

امرأة في الثانية والثلاثين، عمر حملها 14 أسبوعًا و3 أيام مؤرخ بتصوير مبكر. لديها ارتفاع شديد في ضغط الشريان الرئوي مع فشل متزايد في البطين الأيمن، ونقص أكسجة وأعراض في الراحة. أدخلت العناية المركزة رغم العلاج، ويرى فريق القلب وطب الأم والجنين والتخدير أن استمرار الحمل يرفع احتمال الوفاة على نحو كبير، وأن الانتظار إلى قابلية بقاء الجنين غير واقعي، وأن الإنهاء يرجح أن يخفف العبء الدوراني. تطلب المرأة الإنقاذ بعد شرحها أنها ترغب في أطفال مستقبلًا إن أمكن. وهذه الصورة متسقة مع كون فرط ضغط الشريان الرئوي الشديد من الحالات القلبية عالية الخطورة التي تحتاج إلى مركز خبير وقرار متعدد التخصصات [13].

| **الركن الطبي.** هذه ليست عبارة عامة عن «حمل خطر»، بل حالة تدهور عضو حيوي في وقت مبكر. يجب توثيق الضغط الرئوي، ووظيفة البطين، والأكسجة، والاستجابة للعلاج، وتقدير مخاطر التخدير والإنهاء، وسبب عدم كفاية الاستمرار المكثف. يشترك اختصاصي المرض المسوغ في اللجنة، وتجهز خطة عناية حرجة ودم وتخدير؛ فالإجراء نفسه عالي الخطورة.

| **الركن الأخلاقي.** يجتمع الإحسان وعدم الإضرار في خفض خطر الموت، وتحترم رغبة المرأة بعد معلومات صادقة. ولا يقال لها إن النجاة مضمونة، ولا يجبرها الفريق على الاستمرار لاستيفاء مثالية جنينية غير قابلة للتحقق. وفي الوقت نفسه يعترف بحزن فقد حمل مرغوب ويعرض دعمًا نفسيًا وروحيًا.

| **الركن الفقهي.** الحمل قبل إكمال أربعة أشهر، والخطر جسيم ومثبت، والبدائل استنفدت أو لم تعد كافية. تنطبق قاعدة دفع أعظم الضررين وضوابط القرار 140 في خطر الأم، مع تقرير اللجنة الموثوقة. لا يستند القرار إلى مجرد الطلب بل إلى ضرورة صحية محققة [3].

| **الركن النظامي.** تدخل الحالة في المسار الثاني للمادة 22: قبل أربعة أشهر، وتهديد صحة الأم بضرر جسيم مثبت بصورة أكيدة، بقرار لجنة 22-2. تشكل اللجنة من ثلاثة على الأقل، بينهم اختصاصي القلب أو ارتفاع الضغط الرئوي، وتكتب التقرير وتعتمد الموافقات [8، 4]. إذا انقلبت الحالة إلى صدمة لا تحتمل الانتظار، يعمل استثناء إنقاذ الحياة بقدر الضرورة مع توثيق سبب الاستعجال.

القرار المهني الموزون. يوصى بإنهاء الحمل داخل مركز عالي الخبرة بعد استكمال لجنة المادة 22 والموافقة ما دام الزمن يسمح، مع تنفيذ الخطة في بيئة عناية حرجة ودعم الحزن والمتابعة القلبية. وإذا أصبح التأخير خطرًا مباشرًا، يقدم الإنقاذ ولا ينتظر إجراء شكليًا لا يمكن إتمامه بأمان.

الحالة الثانية: حمل ناتج من اعتداء مع خطر انتحاري

امرأة في التاسعة عشرة عند 10 أسابيع و4 أيام، ذكرت أن الحمل نتج من اعتداء جنسي. تقول إن أحد أفراد الأسرة هددها إن علم بالحمل، وتصرح بأنها جمعت أدوية وتفكر في تناولها. تطلب الإجهاض فورًا وترفض إخبار الأسرة. لا توجد إصابة جسدية تهدد الحياة، لكنها مرتعبة ومترددة في تقديم بلاغ.

| **الركن الطبي.** الأولوية تقييم الانتحار وتأمين السلامة، وفحص الإصابات والعدوى والاحتياجات الجنائية، وتوثيق مهني يحفظ الدليل. تستدعى الصحة النفسية والحماية الاجتماعية، وتوضع في بيئة آمنة. ويقيم الطبيب هل الخطر الانتحاري مستمر بعد الدعم والعلاج، وهل الحمل عامل مركزي فيه، وما البدائل الواقعية [12].

| **الركن الأخلاقي.** لا تُلام المرأة ولا تُجبر على رواية متكررة. تقابل منفردة، ويشرح لها ما سيبقى سريًا وما يجب الإبلاغ عنه. احترامها لا يعني وعدها مسبقًا بالإجهاض، كما أن رفض طلبها نظاميًا لا يبرر إعادتها إلى منزل مهدد. وتفحص أهليتها بعد خفض الأزمة الحادة دون تأخير غير لازم.

| **الركن الفقهي.** الحمل في مرحلة مبكرة، لكن الاعتداء وحده ليس في المراجع المعتمدة إذنًا سعوديًا عامًا. يبحث الضرر النفسي وخطر النفس تحت قواعد إزالة الضرر والضرورة والقرار 140، بفتوى مؤسسية في الواقعة. وإذا كان خطر الانتحار حقيقيًا فلا يفترض أن الإنهاء وحده يزيله؛ يستمر العلاج والحماية في جميع الأحوال.

| **الركن النظامي.** الاغتصاب ليس مسوغًا مستقلًا في المادة 22. ومع ذلك، لأن الحمل قبل أربعة أشهر، قد يبحث ما إذا كان استمراره يهدد صحة الأم بضرر نفسي جسيم ثابت بصورة أكيدة، عبر لجنة تضم اختصاصي المرض المسوغ، مع تفسير مؤسسي محافظ [8، 4]. والاشتباه في إصابة جنائية يفعّل واجب البلاغ، وتهديد فرد الأسرة قد يدخل نظام الحماية من الإيذاء. وهي بالغة فلا ينطبق نظام حماية الطفل عليها، لكن تبقى الحماية والبلاغ الجنائي. ويقتصر كشف المعلومات على الجهات المختصة والقدر اللازم [10، 11].

القرار المهني الموزون. تؤمّن المرأة من الانتحار والتهديد فورًا، ويعالج الاضطراب ويوثق، وتُعرض على لجنة المادة 22 على وجه عاجل لتقرير ما إذا كان استمرار الحمل يثبت ضررًا صحيًا جسيمًا بالمعيار النظامي. لا يمنح الاعتداء وحده موافقة، ولا يؤخر علاج الخطر النفسي إلى حين القرار. إذا لم يثبت المسوغ، تستمر الحماية والرعاية النفسية والحمل الآمن دون إفشاء غير لازم؛ وإذا ثبت واستوفيت الشروط اتبع المسار النظامي والموافقة.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

وهذه مواقف تتكرر في العيادات واللجان، وحسمها معلوم بما تقدم من الأركان، فيُكتفى فيها بالجواب الحاسم مع ضابطه:

تشخيص جنيني محدِّد للحياة بعد أربعة أشهر. لا يوصى بالإنهاء ما لم يقرر المختصون

الموثوقون أن بقاء الجنين يسبب موت الأم؛ فقرار المجمع الفقهي يمنع بعد 120 يومًا بالتشوه وحده، والمادة الثانية والعشرون بعد أربعة أشهر لا تفتح إلا لضرورة إنقاذ الحياة، ولا تملك لجنة المنشأة توسيع النص بالتعاطف. وتوضع خطة رعاية تلطيفية حول الولادة تشمل خيارات الولادة وضبط أعراض المولود وحدود الإنعاش ودعم الحزن، ويعاد التقييم إن ظهر خطر جديد حقيقي على حياة الأم.

طلب لأسباب اجتماعية أو اقتصادية أو لاختيار جنس الجنين. لا يعرض بوصفه مرشحًا للإذن؛ فقرار هيئة كبار العلماء رقم 140 نص على منع الإسقاط خشية المشقة في تربية الأولاد أو العجز عن تكاليفهم أو الاكتفاء بعددهم، واختيار الجنس انتقاء ترفضه المهنة والشريعة معًا. والواجب المشورة والدعم الاجتماعي والنفسي وتفعيل شبكات الرعاية والوقاية من الحمل غير المرغوب بالوسائل المشروعة، مع بيان السبب بوضوح ورحمة لا برفض جاف.

طلب صرف دواء مسقط أو تسهيل الحصول عليه. تمنع الفقرة 22-3 من اللائحة صرف الأدوية المسقطة أو تسهيلها لإجهاض غير مسموح به شرعًا؛ فلا يكتب الممارس وصفة ولا يدل على مصدر ولو ألح الطلب أو جاء عبر وسيط. ويوجَّه الطلب إلى المسار المؤسسي لتقييمه، وتعرض المشورة والدعم، ويوثق الرفض وسببه؛ فالمخالفة هنا تمس المسؤولية الجزائية والتأديبية معًا، ولا تعالج بمجاملة مريضة.

الدروس المشتركة من الحالات

تكشف الحالات أن كلمة واحدة قد تغير القرار: «حياة» بدل «صحة»، و«قبل أربعة أشهر» بدل «بعدها»، و«تشخيص مؤكد» بدل «فحص مشتبه»، و«اعتداء» بدل «ضرر صحي جسيم ثابت». لذلك لا يجوز نسخ حكم حالة إلى أخرى لأن عنوانهما واحد.

كما تبين أن اللجان لا تصنع المسوغ؛ بل تتحقق من وجوده. فإذا كان السبب غير وارد في المادة 22، لا تحوله كثرة التوقيعات إلى سبب مشروع. وفي الجهة الأخرى، لا يجوز أن تستخدم اللجنة الغموض ذريعة لتأخير حالة إنقاذ حياة.

وتؤكد الحالات أن الخطة البديلة ليست هامشًا. إذا لم يجز الإنهاء، يجب أن توجد رعاية تلطيفية أو نفسية أو حمل عالي الخطورة أو حماية من العنف. فالرفض الأخلاقي لا يساوي التخلي، والموافقة لا تساوي نهاية الرعاية.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. أثناء مناوبتك في العيادة كتب زميلك في التقرير: «الأسبوع الثامن عشر، أي قبل 120 يومًا». ما وجه الخطأ؟

أ) لا خطأ، فالتحويل بين الأسابيع والأيام تحويل حسابي مباشر

ب) الخطأ أن العمر الحملي يُحسب من آخر دورة، و120 يومًا من الإخصاب تقارب 19 أسبوعًا

ويومًا واحدًا، ويلزم توثيق طريقة الحساب ومصدر التأريخ

ج) الخطأ أن العمر كان يجب أن يُذكر بالأشهر لا بالأسابيع

د) الخطأ أن الفقهاء لا يعتدّون بالأسابيع أصلًا

2. عُرضت على اللجنة حالة انعدام دماغ مؤكد في مرحلة مبكرة، ولا خطورة جسيمة حالية على صحة الأم، والزوجان يطلبان الإنهاء. ما التصرف الأدق نظاميًا؟

أ) يُنفَّذ الإنهاء استنادًا إلى قرار المجمع الفقهي وحده

ب) يُنفَّذ لأن التشخيص محدِّد للحياة ولا فائدة من الاستمرار

ج) لا يُنفَّذ ما لم يثبت مسوغ نظامي مخوَّل أو ضرر جسيم على صحة الأم وفق المادة 22، مع استمرار الرعاية الداعمة والتخطيط التلطيفي

د) تُصدر اللجنة موافقة شكلية لتفادي لجوء الأسرة إلى مسار غير مأمون

3. حامل في الأسبوع الثاني والعشرين بتشوه جنيني شديد مؤكد في مركز متخصص، وصحتها جيدة ولا خطر على حياتها، وتطلب الإنهاء ومعها فتوى مكتوبة. ما موقع الحالة في الجدول؟

أ) بعد إكمال أربعة أشهر: لا يحل الإسقاط إلا إذا قرر جمع من الأطباء المتخصصين الموثوقين أن بقاء الجنين يسبب موت أمه، والمادة 22 لا تفتح هنا إلا لإنقاذ حياتها

ب) يجوز لأن التشوه الشديد مسوّغ مستقل في المادة 22

ج) يجوز بقرار لجنة من ثلاثة أطباء لأن الضرر النفسي على الأم متوقع

د) يجوز اعتمادًا على الفتوى المكتوبة لأنها من جهة معتبرة

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) ج • 3) أ

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] American College of Obstetricians and Gynecologists, American Institute of Ultrasound in Medicine, & Society for Maternal-Fetal Medicine. (2017; reaffirmed 2025). Methods for estimating the due date: Committee Opinion No. 700. المصدر الرسمي

[2] American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Perinatal palliative care: Committee Opinion No. 786. المصدر الرسمي

[3] هيئة كبار العلماء. (1407هـ). قرار رقم 140 وتاريخ 1407/6/20هـ بشأن إسقاط الحمل، كما أدرج في الفقرة 22-1 من اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية. المصدر الرسمي

[4] وزارة الصحة السعودية. (1440هـ/2019م). نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية (الإصدار الثالث)، ولا سيما الفقرات 22-1 إلى 22-3. المصدر الرسمي

[5] المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي. (1410هـ/1990م). القرار الرابع من الدورة الثانية عشرة بشأن إسقاط الجنين المشوه، ويشار إليه شائعًا برقم 71 (12/4)، في قرارات المجمع الفقهي الإسلامي بمكة المكرمة، ص 307–308. المصدر الرسمي

[6] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (2000). قرار رقم 113 (7/12) بشأن حقوق الأطفال والمسنين. المصدر الرسمي

[7] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1988). قرار رقم 39 (1/5) بشأن تنظيم النسل. المصدر الرسمي

[8] المملكة العربية السعودية، هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. (1426هـ/2005م). نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي رقم م/59، بالنص المحدث، ولا سيما المواد 22 و27 و28. المصدر الرسمي

[9] المملكة العربية السعودية، هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. (1436هـ/2014م). نظام حماية الطفل، المرسوم الملكي رقم م/14، بالنص المحدث، ولا سيما المادة 22. المصدر الرسمي

[10] المملكة العربية السعودية، هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. (1434هـ/2013م). نظام الحماية من الإيذاء، المرسوم الملكي رقم م/52، ولا سيما المادة 3. المصدر الرسمي

[11] المملكة العربية السعودية، الهيئة السعودية للبيانات والذكاء الاصطناعي. (1443هـ، المعدل 1444هـ). نظام حماية البيانات الشخصية، المرسوم الملكي رقم م/19، المعدل بالمرسوم م/148، ولائحته التنفيذية. المصدر الرسمي

[12] World Health Organization. (2014). *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook*. المصدر الرسمي

[13] European Society of Cardiology. (2025). 2025ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy. *European Heart Journal,* 46(43), 4462–4568. DOI

أخلاقيات طب النساء والولادة

Chapter 22 -Obstetric and Gynecologic Ethics

الضرورة ترفع المنع بقدرها ولا تحوّل الجسد إلى مجال مباح.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

في أقسام الولادة يضغط الوقت، ويتعدد المتحدثون، وترتفع النبرة. وهناك تتعلم أصعب درس في المهنة: أن **الخلاف ليس تشخيصًا**. فالحامل التي ترفض القيصرية ليست بذلك ناقصة أهلية، والمرأة التي تطلب طبيبة ليست تعنّتًا، والأسرة التي تستعجل قرارًا بعد نتيجة فحص ليست أعلم من الفريق.

وأغلب قرارات الحمل لا تنطوي على تعارض حقيقي؛ فسلامة الحامل هي الطريق المعتاد لسلامة الجنين. لكن المعضلة تظهر حين تختلف تقديرات المخاطر، أو يكون الدليل احتماليًا، أو يحمل الإجراء عبئًا لا تقبله الحامل. عندها ينتقل الفريق من لغة الطاعة والعصيان إلى لغة **الفهم والشرح وتدقيق الأهلية وتقليل الضرر**.

أربع قواعد يتفرع عنها أكثر الفصل

• كل تدخل يمرّ عبر جسد الحامل فالإذن **إذنها هي** بنص النظام والدليل السعودي للإذن؛ والزوج والأسرة دعمٌ لا إذنٌ بديل.

• استثناء الطوارئ يحتاج عنصرين **معًا**: خطرًا فوريًا، وتعذُّر الإذن. فلا يقوم بمجرد رفض واعٍ.

• لا يُبنى قرار غير قابل للرجوع على **فحص مسحي وحده**.

• لا يدخل طرف ثالث في الأمشاج أو الرحم في المملكة؛ ومع ذلك لا يُحرم مولودٌ من رعاية بسبب ترتيب لم يصنعه.

رفض القيصرية: من التشخيص إلى خطة الأمان

ليست هناك «قيصرية واحدة». قد تكون مخططة تتيح ساعات للحوار، أو عاجلة مع تدهور متوقع، أو فورية في نزف أو تمزق رحم. وكلما زادت العجلة قلّ وقت النقاش، لكن لا تسقط الحاجة إلى شرح مركّز وفحص أهلية.

والأهلية تُقيَّم للقرار المحدد وفي الوقت المحدد بعناصرها الأربعة: الفهم، وتقدير العواقب على نفسها وجنينها وبالزمن، والموازنة، والتعبير والثبات؛ وتفصيلها في الفصل الخامس. وانتبه: ضعف التعليم أو الحاجة إلى مترجم لا يعني فقد الأهلية، والخوف والبكاء لا يبطلانها تلقائيًا، وقبولُ مخاطرةٍ لا يفضّلها الطبيب ليس إنكارًا مرضيًا.

وتؤكد ACOG **في الرأي رقم 664 الصادر في يونيو 2016 والمعاد تأكيده في 2025** أن الحمل لا يستثني المريضة كاملة الأهلية من حق رفض العلاج، حتى العلاج اللازم لاستمرار الحياة. وتقرر أن الإكراه والتهديد والقوة غير مقبولة أخلاقيًا.[1] ويقرر NICE NG **192 المحدث في 10 يونيو 2025** تقديم معلومة مبنية على الدليل قبل طلب إذن القيصرية، وإبلاغ المرأة بحقها في الرفض، وتوثيق العوامل المهمة في قرارها.[2] وتفصيل الرفض في الفصل التاسع.

لا تقل: «إذا مات الجنين فأنت المسؤولة». قل: «نخشى كذا لهذا السبب، ونوصي بكذا، ومخاطر العملية كذا، ونريد معرفة ما يمنعك».

الطبيب الرجل والولادة الطارئة

للمرأة أن تطلب طبيبة وأن ترفض كشفًا غير عاجل على طبيب رجل. وواجب المنشأة أن تسأل عن التفضيل **مبكرًا** في الزيارة السابقة للولادة، وتبيّن حدود ضمانه في الطوارئ، وتنظّم المناوبات والإحالة وتُحضر قابلة أو ممرضة، وتحصر الكشف في موضع الحاجة.

فإذا طرأت ولادة أو نزف أو اختناق جنيني لا يحتمل التأخير ولم تتيسر كفاءة نسائية مناسبة، شُرح خطر الانتظار بوضوح، واقتُصر تدخل الطبيب الرجل على الضرورة مع حضور مساعد وحفظ الستر. وإن بقيت الحامل كاملة الأهلية ورفضت فلا تُجبر، بل تستمر الرعاية الممكنة ويوثَّق القرار. **الضرورة ترفع المنع بقدرها ولا تحوّل الجسد إلى مجال مباح**، فتبقى واجبات الاستئذان المختصر وتقليل الكشف ومنع التصوير أو التعليم غير المأذون.

الممارسة الشرعية في العيادة اليومية: الستر والخلوة ومداواة الرجل للمرأة

ما سبق كان عن الطوارئ. لكن أكثر ما ستواجهه فحصٌ روتيني في عيادة النساء، وقواعده أبسط وأشد إلزامًا لأن الوقت متاح:

- **الطبيبة أولًا عند التيسر والكفاءة.** فالمماثلة تُقدَّم إذا تيسرت من غير تأخير ضار، وتجوز معالجة الرجل عند الحاجة أو الضرورة؛ وهذا ما عليه جمهور الفقهاء وبه

جاءت الفتوى. ولا تعني أولوية الطبيبة ترك الحامل في خطر حتى تأتي من مكان بعيد.

• **الكشف على قدر الحاجة.** يُكشف موضع الفحص وحده، ويُستر ما سواه، ويقتصر النظر واللمس على المطلوب. وتطلب الإذن قبل كل خطوة ما أمكن.

• **لا خلوة.** يحضر من يُؤمن معه -ممرضة أو قابلة. وهي ليست مجرد شاهد قانوني، بل شريكة في حماية المريضة وراحتها وإيقاف التجاوز. فإن خرجت المرافقة لأمر طارئ فأوقف الفحص حتى تعود.[3]

• **للمريضة أن تقول «توقف».** فمن حقها طلب إيقاف الفحص في أي لحظة، وطلب مرافق مهني، واصطحاب من يدعمها، وعرض بدائل تراعي صدمة أو خبرة سابقة.

• **التعليم والتصوير بإذن مستقل.** حضور متدرب أو تصوير يحتاج إذنًا صريحًا منفصلًا، ورفضه لا يؤثر في رعايتها، ويقتصر الحاضرون على الضروريين.[3] وتفصيل الإذن وأحكامه في الفصل الخامس.

وانتبه إلى خطأين متقابلين: أن تحوّل التفضيل الديني أو الثقافي إلى وصم («متشددة»)، أو أن تعد المريضة بطبيبة ثم تفاجئها بلا تفسير. فالعدالة المؤسسية تخطيط معقول لا وعود. والمسار عند الطلب أربعة أسئلة متتابعة: هل توجد طبيبة متاحة بلا تأخير ضار؟ فإن لم توجد: هل التأخير يهدد حياة أو عضوًا؟ فإن كان: هل الحامل مؤهلة وترفض بعد الفهم؟ فإن كانت: لا تُجبر، وتستمر الرعاية الممكنة ويوثَّق. ثم في كل الأحوال: هل يحتاج الحضور إلى تعليم أو تصوير؟ فإذن مستقل.

الفحص الجنيني: مسح لا تشخيص

فرّق دائمًا بين **المسح** الذي يقدّر احتمال وجود حالة، و**التشخيص** الذي يفحص عينة لتأكيدها. واعتمدت ACOG **في يناير 2026 إرشاد SMFM رقم 74** الذي حلّ محل النشرة 226. ويوصي الإرشاد بإتاحة فحص الحمض النووي الجنيني الحر (cfDNA) للجميع بوصفه أكثر اختبارات المسح حساسية ونوعية **للتثلثات 21 و18 و13**، مع حق كل حامل بعد المشورة في القبول أو الرفض. ويجعل مسح شذوذ الصبغيات الجنسية خيارًا يحتاج موافقة صريحة، ولا يوصي بمسح الحذوفات الدقيقة روتينيًا في عموم الحوامل.[4، 5]

والنتيجة الإيجابية في cfDNA تحتاج استشارة وراثية وتصويرًا تشريحيًا تفصيليًا وعرض خزعة الزغابات المشيمية أو بزل السلى. و**النتيجة غير القابلة للإبلاغ ليست**

«**سلبية**»؛ بل ترتبط بارتفاع احتمال الشذوذ وتستدعي الاستشارة وعرض التشخيص.[5]

وفي اللغة تحيّزٌ خفي: قولك «طفل سليم» مقابل «اختبار إيجابي» يوحي بأن كل اختلاف وراثي يساوي حياة غير جديرة. الأفضل وصف الحالة المتوقعة واليقين والشدة والمتغيرات، وإتاحة مصادر من أسر ومتخصصين.

الأساس الشرعي

قال تعالى: ﴿لَا تُضَآرَّ وَٰلِدَةُۢ بِوَلَدِهَا وَلَا مَوۡلُودٞ لَّهُۥ بِوَلَدِهِۦۚ﴾[البقرة: 233]. وتتساند القواعد الكلية: «الضرر يزال»، و«الضرورات تبيح المحظورات»، و«الضرورة تقدر بقدرها»، و«اليقين لا يزول بالشك».

وفي **الطبيب الرجل** جاء في فتوى الشيخ عبد العزيز بن باز: «فلا حرج عليك عند الضرورة، أما إن تيسر وجود الطبيبة المولدة فهذا هو الواجب»، وفي فتوى أخرى أن الكشف يكون «على قدر الحاجة».[6، 7]

وفي **رفض القيصرية** نصّ مشروع قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم **223 (7/23)** على أن المريض البالغ العاقل إذا امتنع في الحالة الحرجة تُوضح له المخاطر ويوثق ذلك، و«لا يسقط الإذن في هذه الحالة ما دام وعيه حاضرًا»؛ ثم نصّ صراحةً على أن امتناع الحامل عن القيصرية المنقذة «حاجة إلى مزيد من البحث والدراسة». فلا يصح أن تنسب إلى المجمع حكمًا قاطعًا بالإجبار.[8] وذهب بعض المعاصرين إلى أن حق الجنين في الحياة بعد نفخ الروح يسوّغ إلزام الأم، فالمسألة خلافية لم يُحسم فيها قرار جماعي. والذي أختاره في التنزيل أنه لا إجبار على حامل كاملة الأهلية، وهو ما يوافق النظام والدليل السعودي للإذن.

وفي **الفحص الوراثي** قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم **203 (9/21)** الإذن الصحيح والسرية، وحقّ الشخص في معرفة نتائج الفحص الوراثي **أو عدم معرفتها**. وقرر أن الإرشاد الجيني يزوّد بالمعلومة «دون أي محاولة للتأثير في اتجاه معين».[9] وفي **الإنجاب** حرّم القرار رقم **16 (4/3)** خمس صور «لما يترتب عليها من: اختلاط الأنساب، وضياع الأمومة»، وأباح عند الحاجة تلقيح نطفة الزوج ببويضة زوجته وإعادة اللقيحة إلى رحم الزوجة نفسها. وقرر القرار رقم **55 (6/6)** أنه «يحرم استخدام البييضة الملقحة في امرأة أخرى».[10، 11] وتفصيل أحكام الإخصاب في الفصل العشرين.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
نظام مزاولة المهن الصحية، المادة التاسعة عشرة	لا يجري عمل طبي إلا برضا المريض أو من يمثله؛ واستثناء الطوارئ مشروط بخطر يستدعي تدخلًا فوريًا وتعذر الحصول على الموافقة في الوقت المناسب [12]
الدليل السعودي للإذن الطبي (الطبعة الأولى 1440هـ)	يؤخذ الإذن من الحامل نفسها متى كانت كاملة الأهلية «ولا يجوز تجاوزها»، ولا يجوز إجبار المريض أو ذويه على إعطاء الإذن [13]
نظام وحدات الإخصاب والأجنة وعلاج العقم	يشترط زواجًا قائمًا، ويمنع إدخال أي طرف ثالث نطفةً أو بويضةً أو رحمًا، ويلزم بالتحقق المزدوج من الهوية وبالسرية المطلقة تحت عقوبات جسيمة؛ وتفصيل مواده في الفصل العشرين [14]
نظام حماية البيانات الشخصية	البيانات الصحية والوراثية بيانات حساسة بضوابط إضافية لمعالجتها؛ وتفصيل الخصوصية والبيانات في الفصل السابع [15]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
لا يُضارّ الوالد ولا الولد، والضرر يزال والضرورة تقدر بقدرها	نص قطعي وقواعد كلية	آية البقرة 233 والقواعد الفقهية الكلية
تقديم الطبيبة عند تيسرها، وجواز مداواة الرجل للمرأة عند الحاجة أو الضرورة وعلى قدر الحاجة	قول الجمهور، وبه الفتوى	فتاوى الشيخ ابن باز [6، 7]
تحريم الخلوة بالأجنبية، ولزوم حضور مرافق مأمون أثناء الفحص	نص من السنة، وعليه العمل المهني	حديث النهي عن الخلوة، وإرشادات المرافق المهني [3]
لا يسقط إذن المريض البالغ العاقل الممتنع ما دام وعيه حاضرًا؛ وامتناع الحامل عن القيصرية المنقذة «حاجة إلى مزيد من البحث»	مشروع قرار مجمعي، لم يُحسم في الحامل	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 223 (7/23) [8]
لا إجبار على حامل كاملة الأهلية رفضت بعد الفهم، مع استمرار الرعاية	اجتهاد المؤلف في التنزيل، يوافق النظام والدليل السعودي للإذن	المادة التاسعة عشرة والدليل السعودي للإذن [12، 13]

حق الشخص في معرفة نتائج الفحص الوراثي أو عدم معرفتها، وإرشاد جيني غير موجِّه	قرار مجمعي	القرار 203 (9/21) [9]
تحريم إدخال طرف ثالث في الأمشاج أو الرحم	قرار مجمعي، وعليه عامة المعاصرين	القراران 16 (4/3) و55 (6/6) [10، 11]

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **تحويل الخلاف إلى تشخيص:** قراءة الرفض علامةً على نقص الأهلية.
- **توسيع استثناء الطوارئ** ليشمل حاملًا واعية قالت لا؛ فهي لم «يتعذر» إذنها، بل صدرت إرادتها بالرفض.
- **قبول توقيع الزوج بدلًا منها** أو استدعاء الأسرة للضغط.
- **إعطاء نتيجة مسح للأسرة قبل الحامل** أو حجبها عنها «شفقةً».
- **معاملة الحاملة في ترتيب محظور بوصفها طرف عقد لا مريضة** كاملة الحقوق.

وكل واحدة من هذه تبدأ بنية حسنة وتنتهي بإكراه.

خلاصة عملية

عيّن متحدثًا سريريًا واحدًا، وسمِّ التشخيص ودرجة الاستعجال، وافحص الأهلية لا الموافقة، واسأل عن سبب الرفض وعالج ما يمكن علاجه من ألم أو خوف أو حاجة لغوية أو دينية، واعرض رأيًا ثانيًا. فإن بقيت مؤهلة ورفضت فاحترم القرار واستمر في الرعاية وحدّد ما الذي سيغيّر التوصية. وإن فقدت الأهلية ووُجد خطر فوري وتعذّر الإذن، فطبّق الاستثناء بقدر الضرورة، ويُفضَّل اتفاق مختصَّين وتوثيق كامل، ثم أخبرها بما جرى فور استعادة الأهلية.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: حامل مؤهلة ترفض قيصرية عاجلة

| السيناريو: حامل في الأسبوع التاسع والثلاثين، تخطيط الجنين غير مطمئن بصورة مستمرة. أوصى الاستشاري بقيصرية عاجلة. فهمت الحامل الاحتمال، لكنها ترفض بسبب تجربة جراحية سابقة وتطلب استمرار المراقبة.

| الركن الطبي: تُراجع جودة التخطيط، والإجراءات القابلة للعكس، ودرجة الاستعجال، واحتمال

الحماض أو الوفاة، ومخاطر القيصرية عليها. ويُطلب رأي استشاري أقدم سريعًا إن سمح الزمن.

| **الركن الأخلاقي:** توصية قوية مشروعة، لكن الإكراه ينتهك الجسد والثقة. تعالج مخاوفها وتُعرض خطة واضحة دون تهديد، ويستمر دعمها إن بقي الرفض.

| **الركن الفقهي:** حفظ الجنين معتبر، لكن مشروع قرار المجمع 223 لم يحسم الإجبار، وأبقى إذن البالغ العاقل ما دام وعيه حاضرًا؛ والضرر يقدر بواقعه.

| **الركن النظامي:** الدليل السعودي يأخذ إذن الحامل منها ولا يجيز إجبار كاملة الأهلية. المادة 19 تشترط تعذر الموافقة لاستثناء الطوارئ، لا مجرد صدور رفض واعٍ.

القرار المهني الموزون: يتولى استشاري واحد حوارًا مركزًا، ويثبت الأهلية والفهم والرأي الثاني، وتُعرض تسكينات وبدائل ومراقبة مكثفة. إذا استمر رفض الحامل المؤهلة فلا تُجرى القيصرية قسرًا؛ توثق وتستمر الرعاية، ويعاد عرض القرار عند تغير المعطيات دون إذلال أو تخويف.

الحالة الثانية: نتيجة cfDNA إيجابية وضغط لاتخاذ قرار فوري

| **السيناريو:** أظهر فحص cfDNA احتمال تثلث صبغي. قال أحد أفراد الأسرة إن النتيجة مؤكدة وطلب اتخاذ قرار عاجل قبل اكتمال الاستشارة أو الاختبار التشخيصي.

| **الركن الطبي:** cfDNA مسح عالي الدقة وليس تشخيصًا. تلزم استشارة وراثية وتصوير تفصيلي وعرض خزعة الزغابات المشيمية أو بزل السلى بحسب العمر الحملي والمخاطر.

| **الركن الأخلاقي:** الحامل صاحبة قرار المعرفة والفحص؛ يجب تجنب التوجيه والضغط واللغة التي تنتقص ذوي الإعاقة، وبيان عدم اليقين وطيف الشدة.

| **الركن الفقهي:** القرار 203 (9/21) يجيز الفحص ويشترط الإرشاد غير الموجه والسرية؛ وأي تصرف لاحق له حكم مستقل ولا يبنى على مسح وحده.

| **الركن النظامي:** النتيجة بيانات صحية ووراثية حساسة. لا تعطى للأسرة دون إذن، والدليل السعودي يجعل إذن الحامل منها.

القرار المهني الموزون: يوقف أي قرار غير قابل للرجوع، وتُصحح المعلومة بأن الفحص احتمالي. تُرتب استشارة واختبار تأكيدي وعرض خيارات الدعم، وتحفظ النتيجة من التداول الأسري غير المأذون. بعد ثبوت التشخيص يُعاد التحليل وفق العمر الحملي والنظام والفتوى المختصة.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف تتكرر في أقسام الولادة ووحدات الإخصاب، جوابها معلوم بضابطه ولا يحتاج تحليلًا مطولًا؛ فإن تعقّد أحدها رُدّ إلى الأركان الأربعة على منوال الحالات السابقة.

فقد الوعي في تسمم حملي وتعذر الوصول إلى ممثلها. يُثبَّت مجرى الهواء والضغط ويُمنع التشنج، ثم يُجرى الإجراء الضروري الأقل تأخيرًا لإنقاذ الأم والجنين بحسب الحال. والضابط: تنطبق شروط استثناء الطوارئ لتعذر الإذن وخطر الموت، ويقويه اتفاق مختصين وتوثيق الزمن وسبب التعذر؛ ولا

يُضاف تعقيم ولا إجراء غير منقذ، وتُشرح الوقائع للحامل بعد الإفاقة.

زوج يطلب إخفاء علامة جنينية غير يقينية عن زوجته. يُوضح له أن الدعم لا يجيز الحجب، ثم تُقابل الحامل بلغة رحيمة غير تهويلية وتُسأل عن مقدار ما ترغب في معرفته ومن تريد حضوره. والضابط: حق المعرفة -أو عدم المعرفة -لها هي بنص القرار 203، والقرابة لا تكفي لتجاوز السرية، ولا يُطلب فحص إضافي دون إذنها.

حمل بديل رُتّب في الخارج ثم وصل إلى المستشفى. تُعامل الحاملة مريضةً كاملة الحقوق: يؤخذ إذنها هي، وتُحفظ بياناتها، ولا تُجرى قيصرية قسرًا بطلب الوالدين المقصودين. والضابط: العقد لا يقوم مقام الإذن، ولا يشارك الفريق في إنشاء ترتيب محظور؛ وتُشرك الشؤون القانونية والاجتماعية مبكرًا لمسائل المولود والوثائق مع رعاية غير تمييزية.

ادعاء حمل ممتد يترتب عليه نزاع نسب. يُجمع تاريخ الدورة وأقدم تصوير والنمو وتاريخ الإخصاب وسجل الولادة، ويُعد تقرير يميز الوقائع المؤرخة من التقديرات ويذكر حدود كل دليل. والضابط: لا يجزم الطبيب بصحة المدة ولا ببطلان النسب، ولا تُبنى دعوى على رواية تاريخية عن حمل يمتد سنوات؛ والفصل في النسب للقضاء لا للفريق الطبي.

طلب تصوير أو حضور تعليمي أثناء فحص حميم في العيادة. يُطلب إذن مستقل صريح قبل أي تصوير أو حضور متدرب، ويُبيَّن أن الرفض لا يؤثر في الرعاية، ويقتصر الحاضرون على الضروريين. والضابط: الضرورة ترفع المنع بقدرها ولا تحول الجسد إلى مجال مباح؛ ويُمنع التصوير غير المأذون ولو لغرض تعليمي، ويوثق الإذن أو رفضه.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. حامل تحتاج إلى مترجم، بكت أثناء شرح مخاطر القيصرية، ثم أعادت الشرح بلغتها ورفضت العملية. قال المقيم: «بكاؤها وحاجتها إلى مترجم يدلان على أنها لا تملك الأهلية». ما الصحيح؟

أ) قوله صحيح؛ فالحاجة إلى مترجم تعني تعذر الفهم

ب) قوله صحيح؛ فالخوف والبكاء يبطلان الأهلية تلقائيًا

ج) قوله غير صحيح؛ فالأهلية تُقيَّم للقرار المحدد بعناصرها الأربعة، والحاجة إلى مترجم أو البكاء أو قبول مخاطرة لا يفضّلها الطبيب لا يعني فقد الأهلية

د) تُحسم الأهلية بتوقيع الزوج نيابةً عنها

2. وصلت إلى الطوارئ امرأة تحتاج فحصًا حوضيًا عاجلًا، ولا تتوفر طبيبة، والتأخير يهدد حياتها. ما الضابط الصحيح؟

أ) يُؤجَّل الفحص حتى تصل طبيبة مهما طال الوقت

ب) يُجرى الفحص دون استئذان لأن الحالة إسعافية

ج) يُجرى الفحص بحضور من شاء من المتدربين لأن المقام تعليمي

د) يُشرح خطر الانتظار، ويقتصر تدخل الطبيب الرجل على الضرورة مع حضور مساعد وستر وتقليل الكشف ومنع التصوير غير المأذون

3. وصلت إلى قسم الولادة امرأة حامل ضمن ترتيب حمل بديل رُتّب خارج المملكة، وطلب الوالدان المقصودان إجراء قيصرية. ما الصحيح؟

أ) يُنفَّذ طلبهما لأنهما طرفا العقد وصاحبا المصلحة في المولود

ب) تُرفض رعايتها لأن الترتيب محظور نظامًا

ج) تُعامَل الحاملة مريضةً كاملة الحقوق فيؤخذ إذنها هي وتُحفظ بياناتها ولا تُجرى قيصرية قسرًا، وتُشرك الشؤون القانونية والاجتماعية مبكرًا

د) يُحال أمر الإذن إلى سفارة الدولة التي أُبرم فيها العقد

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) د • 3) ج

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] ACOG Committee Opinion No. 664. Refusal of Medically Recommended Treatment During Pregnancy. June 2016; reaffirmed 2025. الرابط

[2] NICE Guideline NG192. Caesarean Birth. Published 31Mar 2021; last updated 10Jun 2025. الرابط

[3] RCOG. Consent guidance and intimate examination safeguards. الرابط

[4] ACOG Practice Advisory. Screening for Fetal Chromosomal Abnormalities. Jan 2026. الرابط

[5] SMFM Consult Series 74#. Cell-free DNA screening for aneuploidies: updated guidance. 2025. الرابط

[6] ابن باز. حكم ولادة المرأة بإشراف طبيب، واستئصال الرحم، معرف الفتوى 8135؛ لا يعرض الموقع تاريخ إصدار مستقل. الرابط

[7] ابن باز. حكم كشف المرأة وجهها للطبيب، معرف الفتوى 9746؛ لا يعرض الموقع تاريخ إصدار مستقل. الرابط

[8] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. مشروع القرار رقم 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب، منشور 11 نوفمبر 2018 (منشور في الموقع الرسمي للمجمع بوصف «مشروع قرار»). الرابط

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 203 (9/21) بشأن الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري، 18–22 نوفمبر 2013. الرابط

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 16 (4/3) بشأن أطفال الأنابيب، 11–16 أكتوبر 1986. الرابط

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 55 (6/6) بشأن البييضات الملقحة الزائدة، 14–20 مارس 1990. الرابط

[12] هيئة الخبراء. نظام مزاولة المهن الصحية، م/59 في 1426/11/4هـ، قرار مجلس الوزراء 276 في 1426/11/3هـ، المادة 19. الرابط

[13] وزارة الصحة السعودية. الدليل السعودي للإذن الطبي، الطبعة الأولى 1440هـ/2019م، ص 19–20. الرابط

[14] هيئة الخبراء. نظام وحدات الإخصاب والأجنة وعلاج العقم، م/76 في 1424/11/21هـ، قرار مجلس الوزراء 260 في 1424/9/23هـ. الرابط

[15] هيئة الخبراء. نظام حماية البيانات الشخصية، م/19 في 1443/2/9هـ، قرار 98 في 1443/2/7هـ، المعدل بم/148 في 1444/9/5هـ. الرابط

أخلاقيات الوراثة والجينوم

Chapter 23 -Genetic and Genomic Ethics

عدم المعرفة قد يكون قرارًا معقولًا في مرض متأخر الظهور لا وقاية له.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

الفحص الوراثي يختلف عن كل تحليل تعرفه. تحليل السكر يخص مريضك وحده وينتهي أثره اليوم؛ أما النتيجة الوراثية فتخص **أسرة كاملة**، وتبقى صالحة طول العمر، وقد تكشف ما لم يُسأل عنه أصلًا. ولذلك ستقع أكثر أخطاء الطلاب هنا في أمرين: التسرع في تفسير النتيجة، والتسرع في نشرها.

والقاعدة التي تحفظها قبل كل شيء: **ابدأ بالسؤال الطبي لا باسم الاختبار.** ما المشكلة التي نحاول حلها؟ فمن العلامات التي ترفع احتمال الفائدة: مرض مبكر أو غير معتاد، وتكرر مرض في الأسرة، وعيوب خلقية أو تأخر نمائي، وسرطان في عمر صغير، ووفاة قلبية مفاجئة، وتكرر إسقاطات، أو قرار دوائي له دليل جيني معتبر. أما الفضول أو طلب «فحص شامل» فلا يكفي.

مصطلحات بلغة الطالب

• **الجين:** مقطع من المادة الوراثية يسهم في وظيفة أو صفة. ولا يعني أن الجين يحدد المصير وحده؛ فآثاره تتفاعل مع جينات وبيئة أخرى.

• **الجينوم:** مجموع المادة الوراثية للإنسان. وليس قائمة يقينية بكل أمراضه المستقبلية.

• **المتغير الجيني:** اختلاف في تسلسل المادة الوراثية. ويُصنَّف بحسب الدليل إلى: حميد، أو مرجَّح الحميدة، أو **غير معلوم الدلالة** (VUS)، أو مرجَّح الإمراض، أو ممرض. فليس كل اختلاف «طفرة خطيرة».[1]

• **النفوذية:** احتمال ظهور المرض عند حامل المتغير -احتمال، لا ضمان.

• **فحص الحامل** (Carrier)**:** يحدد من يحمل متغيرًا متنحيًا غالبًا **دون أن يكون مريضًا**. فالحامل ليس مريضًا ولا «غير صالح للزواج».

• **الفحص التشخيصي** يفسّر مرضًا أو علامة موجودة، و**الفحص التنبؤي** يقدّر خطر مرض مستقبلي قبل الأعراض، و**الفحص المسحي** يُطبَّق على فئة لا تظهر عليها الأعراض وفق برنامج.

• **النتيجة الثانوية:** يُبحث عنها **عمدًا** في قائمة محددة خارج السبب الأصلي، وفق سياسة معلنة.[2] أما **النتيجة العرضية** فمعلومة غير مقصودة ظهرت أثناء الفحص. والفرق بينهما ليس لفظيًا؛ الأولى مخطط لها والثانية مفاجئة.

• **التعديل الجيني الجسدي:** تعديل خلايا جسم الشخص لا يُقصد انتقاله إلى الذرية. و**التعديل الموروث:** تعديل أمشاج أو لقيحة أو جنين يمكن أن ينتقل إلى الأجيال -وهذا ليس امتدادًا بسيطًا للأول، بل باب مختلف تمامًا.

قبل أن تسأل «هل يجوز؟» اسأل «هل يصلح؟»

افصل ثلاثة أنواع من الصلاحية: **الصلاحية التحليلية** (هل يكتشف المختبر المتغير الذي يدّعي قياسه بدقة؟)، و**الصلاحية السريرية** (هل يرتبط المتغير بالمرض في هذه الفئة؟)، و**المنفعة السريرية** (هل ستغيّر النتيجة علاجًا أو وقاية أو قرارًا مشروعًا بما يفوق أعباءها؟).

فقد يكون الفحص دقيقًا مخبريًا وضعيف القيمة سريريًا، إذا كان الارتباط غير ثابت، أو كانت قاعدة البيانات لا تمثل السكان، أو لم يوجد إجراء مفيد.

احفظ هذه: المتغير غير معلوم الدلالة (VUS) **لا يُعامَل تشخيصًا ممرضًا**؛ فلا يُبنى عليه وحده استئصال وقائي، ولا إسقاط حمل، ولا فحص إلزامي للأقارب. وقد يُعاد تصنيفه لاحقًا، فحدِّد من يتابع وكيف يصل التحديث إلى المريض.[1]

الموافقة والاستشارة

الموافقة في الجينوم **عملية ممتدة لا توقيع واحد**. اشرح قبل الفحص: نطاق الجينات، واحتمال نتيجة إيجابية أو سلبية أو غير حاسمة، وما لا يستبعده الفحص السلبي، وإمكان ظهور قرابة غير متوقعة أو نتيجة ثانوية أو عرضية وسياسة المختبر تجاهها. واشرح كذلك أثر النتيجة في الأقارب، ومن يصل إلى العينة والبيانات ومدة الحفظ، وهل هناك استخدام بحثي أو تجاري أو تدريب خوارزميات.[3] وتفصيل أركان الموافقة المستنيرة في الفصل الخامس.

وفي الاستشارة الوراثية اشرح الاحتمال بأعداد بسيطة. فعبارة «الخطر 25%» في

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

المرض المتنحي تعني أن **كل حمل جديد له الاحتمال نفسه**، ولا تعني أن طفلًا من كل أربعة سيصاب حتمًا داخل الأسرة. والاستشارة تدعم القرار ولا تمليه؛ لكنها ليست صمتًا مهنيًا: إذا كان خيار ما يحمل خطرًا جسيمًا أو يخالف النظام فقُل ذلك بوضوح، مع احترام صاحب القرار وتجنب الإدانة.

وفي الأطفال: يقوى مبرر الفحص إذا كان سيغيّر علاجًا أو وقاية في الطفولة. أما فحص طفل لمرض يبدأ في البلوغ ولا وقاية له الآن فيؤجَّل غالبًا حتى يستطيع أن يختار بنفسه -حمايةً لحقه في **مستقبل مفتوح** وفي عدم المعرفة.

أي فحص تطلب؟ سؤال كل نوع وخطره

قبل أن تكتب طلب الفحص، أجب كتابةً: ما السؤال السريري؟ وما الاختبار **الأقل اتساعًا** الذي يجيب عنه؟ وماذا سيتغير إذا كانت النتيجة إيجابية أو سلبية؟ ومن الأقارب الذين قد يتأثرون؟ وأين تُحفظ العينة؟ فإن لم تستطع الإجابة فلا تطلب الفحص بعد.

نوع الفحص	السؤال المقبول	أهم خطر أخلاقي
تشخيصي	ما سبب الأعراض أو التاريخ العائلي؟	توسعة الفحص فوق الحاجة
تنبؤي لمرض قابل للوقاية	هل يلزم رصد أو دواء أو جراحة وقائية؟	تحويل الاحتمال إلى يقين
تنبؤي لمرض لا علاج له	هل يريد الشخص أن يعرف، ولماذا؟	انتهاك حق عدم المعرفة
فحص الحامل	ما خطر إنجاب طفل مصاب مع الشريك؟	الوصمة والضغط على الزواج
سابق للولادة	مسحي أم تشخيصي، وما القرار الذي سيغيره؟	قرار لا يُعكس بعد فحص مسحي

حق عدم المعرفة

من احترام الشخص أن يقرر هل يخضع للفحص، وأن يختار -حيث تسمح الممارسة -أي أنواع النتائج يريد معرفتها. و**عدم المعرفة قد يكون قرارًا معقولًا** في مرض متأخر الظهور لا وقاية له، إذا اتُّخذ بحرية وبعد فهم أثره في الرعاية والأقارب. فلا تضغط على شاب أبوه مصاب بمرض عصبي وراثي لا علاج له ليُجري الفحص «لمصلحته»؛ اعرض الاستشارة، ثم دع القرار له.

وله حدود: لا يعني أن يتجاهل المختبر خطرًا فوريًّا أو نصًّا ملزمًا، لكنه يجعل الإفصاح غير المرغوب فيه محتاجًا إلى تبرير أقوى. ولذلك اسأل قبل الفحص عن رغبة الشخص في النتائج الثانوية، ووثّق جوابه.[2]

فحص ما قبل الزواج: ماذا تقول للخطيبين؟

البرنامج بدأ بالأمر السامي رقم **4/ب/45404 وتاريخ 1424/1/11هـ** والعمل به من **1425/1/1هـ**، ثم طُوِّر بقرار مجلس الوزراء رقم **110 وتاريخ 1429/9/8هـ** إلى «برنامج الزواج الصحي» بإضافة الأمراض المعدية.[4] وهو برنامج صحة عامة، **لا اختبار «ملاءمة شخصية»**. فإذا جلس أمامك خطيبان بشهادة عدم توافق:

- لكل طرف حقه في معرفة نتيجته؛ ولا تُعطى نتيجة أحدهما للآخر تلقائيًّا.
- اشرح الخطر المشترك بأعداد بسيطة، والبدائل، وحدود ما يكشفه البرنامج.
- الشهادة متطلب لتوثيق العقد، والقرار في إتمام الزواج لهما.
- لا تلُم المرأة ولا الطرف المصاب؛ فالوراثة لا توزع المسؤولية بحسب الجنس، ومن أتم الزواج رغم المشورة ليس مذنبًا.

إبلاغ الأقارب: سلّم لا قفزة

إذا اكتُشف متغير ممرض مرتبط بسرطان وراثي أو فرط كوليسترول عائلي أو اعتلال قلب، فقد ينتفع الأقارب بفحص موجَّه يسمى **الفحص المتتابع للأسرة (cascade testing)**. لكن ترْك العبء على المريض وحده كثيرًا ما يفشل. وقد وجدت مراجعة تحليلية منشورة عام 2024 جمعت ثلاثين دراسة أن إقبال الأقارب بقي منخفضًا نسبيًا، بمتوسط مجمع يقارب 33%.[5]

وهذا لا يعني الكشف التلقائي. السلّم: **الإذن أولًا، ثم الإقناع، ثم تقدير الضرر، ثم الكشف للجهة أو الشخص القادر على دفعه بالقدر اللازم وحده**. وتفصيل استثناءات السر الطبي في الفصل السابع. وفرِّق بين المعلومة التي يحتاجها القريب لحماية نفسه وبين تفاصيل تشخيص مريضك؛ فقد تكفي رسالة: «ظهر في الأسرة تغيّر وراثي قابل للفحص يرتبط بخطر يمكن التعامل معه؛ راجع عيادة الوراثة».

الأساس الشرعي

قال تعالى: {وفي أنفسكم أفلا تبصرون} [الذاريات: 21] -فتحًا لباب المعرفة، وقال: {ولا تقف ما ليس لك به علم} [الإسراء: 36] -منعًا لبناء قرار على ظن غير محقق. والراجح

عند أكثر المعاصرين، وهو ما بُنيت عليه قرارات المجامع، أن العلاج الجيني لا يدخل تلقائيًا في تغيير خلق الله المحرم؛ فإزالة عيب أو علاج مرض غير العبث والتحسين. وذهب بعضهم إلى التوقف في كل تدخل في الجينات احتياطًا، فالمسألة اجتهادية. كما لا يصح جعل القدرة العلمية دليلًا على الجواز.

وقرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار رقم 203 (9/21)** أنه «يجوز استخدام الجينوم البشري أو جزء منه في المجالات النافعة»، مع وجوب تقييم الأخطار والمنافع، والإذن الصحيح، وحق الشخص في تقرير علمه بنتيجة الفحص أو عدمه، والسرية وعدم التمييز، وأن يبقى القرار لذوي العلاقة دون تأثير قسري. وأجاز الفحص قبل الزواج بوسيلة آمنة، وإلزام ولي الأمر به عند مصلحة عامة معتبرة. وفرّق بين **علاج الخلايا الجسدية** فأجازه بشروط رجحان المصلحة وتعذر البديل وأن يجريه مختصون، و**علاج الخلايا الجنسية** فمنع صورته الراهنة لما فيها من خطورة، ومنع استعمال العلاج الجيني لاكتساب صفات شكلية تحسينية.[6]

وفي السرية أحال القرار 203 إلى **القرار رقم 79 (10/8)** ونصّه: «الأصل حظر إفشاء السر. وإفشاؤه بدون مقتضٍ معتبر موجب للمؤاخذة شرعًا».[7] وفي التحرير الجيني نصّ **القرار رقم 235 (6/24)** على أنه «يمنع مطلقًا استخدامها في الأمور التجميلية (التحسينية)».[8] وفي الاستنساخ نصّ **القرار رقم 94 (2/10)** على «تحريم الاستنساخ البشري ... بأي طريقة أخرى تؤدي إلى التكاثر البشري»، مع جواز الانتفاع بتقنيات الهندسة في الجراثيم والنبات والحيوان ضمن الضوابط.[9]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
نظام مزاولة المهن الصحية، المادة الحادية والعشرون	«يجب على الممارس الصحي أن يحافظ على الأسرار التي علم بها عن طريق مهنته»، مع حالات إفشاء محددة؛ وتفصيلها في الفصل السابع[10]
نظام حماية البيانات الشخصية، المادة الثالثة والعشرون	في البيانات الصحية: «قصر حق الاطلاع ... على أقل عدد ممكن ... وبالقدر اللازم فقط»[11]
نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية،	«يحظر القيام بإجراء البحث من أجل استنساخ الإنسان»[12]

المادة 22	
المادة الثامنة والعشرون من النظام نفسه	منع استنسال الأجنة للحصول على خلايا جذعية جنينية، والتبرع بالأمشاج لإنتاج أجنة بقصد أخذ خلاياها
المادة الثالثة والثلاثون	موافقة لكل غرض عند استخدام عينة المادة الوراثية في مشروعات مختلفة؛ وتفصيل أخلاقيات البحث في الفصل الثامن والأربعين
نظام وحدات الإخصاب والأجنة وعلاج العقم، المادة الثامنة	«لا يجوز التدخل في الخلايا الجنسية أو الجينات الوراثية، إلا لمعالجة أمراض وراثية أو جينية ...» بإجازة لجنة الإشراف[13]
برنامج الزواج الصحي	الشهادة متطلب لتوثيق العقد، ويبقى قرار إتمام الزواج للطرفين، ونطاق الأمراض تحدده وزارة الصحة

ولاحظ أنه **لا يوجد في المملكة «نظام جينوم» واحد**؛ بل تتوزع الأحكام على هذه النصوص بحسب السياق. ويغطي برنامج الفحص قبل الزواج حاليًا فقر الدم المنجلي والثلاسيميا، والتهاب الكبد الفيروسي ب وج، وفيروس نقص المناعة المكتسب. فهو لا يكشف كل الأمراض الوراثية، ولا تعني شهادة التوافق أن الأبناء لن يصابوا بمرض جيني آخر.[4] وفي متابعة سعودية خلال 2004–2009 أُلغي الزواج في 26.5% من 8,925 حالة صدرت لها شهادات عدم توافق. وهذا يعني أن التقرير وحده لا يحقق الوقاية، وأن الاستشارة تحتاج وقتًا وبدائل ودعمًا.[14]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
جواز استخدام الجينوم البشري في المجالات النافعة، بشرط تقييم الأخطار والمنافع والإذن الصحيح والسرية وعدم التمييز	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 203 (9/21) [6]
حق الشخص في أن يعرف نتيجة فحصه الوراثي أو لا يعرفها، وبقاء القرار لذوي العلاقة دون تأثير قسري	قرار مجمعي	القرار 203 (9/21) [6]
جواز الفحص قبل الزواج بوسيلة آمنة، ولولي الأمر إلزام الناس به لمصلحة عامة معتبرة	قرار مجمعي	القرار 203 (9/21) [6]

جواز علاج الخلايا الجسدية بشروط، ومنع علاج الخلايا الجنسية بصورته الراهنة، ومنع الاستخدام التحسيني مطلقًا	قرار مجمعي	القراران 203 (9/21) [6] و235 (6/24) [8]
الأصل حظر إفشاء السر، و إفشاؤه بلا مقتضٍ معتبر موجب للمؤاخذة	قرار مجمعي، وأصله نصوص السنة في حفظ السر	القرار 79 (10/8) [7]
تحريم الاستنساخ البشري التكاثري بأي طريقة	قرار مجمعي، وعليه عامة المعاصرين	القرار 94 (2/10) [9]
العلاج الجيني وإزالة العيب ليسا من تغيير خلق الله المحرم	قول راجح عند أكثر المعاصرين، مع توقف بعضهم احتياطًا	مبني على القرار 203 (9/21) [6]

أين يقع الخطأ عادةً؟

• **«الفحص شامل إذن يستبعد كل مرض»** -التغطية والتفسير محدودان؛ اذكر ما يقيسه وما لا يقيسه.

• **قول «وجدنا طفرة» لكل متغير** -يوحي بالإمراض؛ استخدم تصنيف المتغير وتاريخه.

• **اعتبار cfDNA/NIPT تشخيصًا** -هو فحص مسحي؛ أكِّده قبل أي قرار غير قابل للعكس.[15]

• **إعطاء نتيجة أحد الزوجين للآخر تلقائيًا** -انتهاك للسرية.

• **موافقة واسعة بلا حوكمة** -تتحول إلى إذن غامض؛ فاشترط لجنة وصول وشفافية واستخدامًا محددًا.

• **مساواة العلاج الجسدي بالتحرير الموروث** -يختلف المتلقي وإمكان الرجوع والأثر، فحلِّل كل صورة مستقلة.

• **تسمية تدخل الخلايا الجذعية «تجديديًا» لإثباته** -الاسم لا يساوي دليلًا.

وعلامات التسويق المضلل: علاج أمراض كثيرة بالمنتج نفسه، وشهادات شخصية بدل دراسات محكمة، ودفع كبير، وعبارات «لا مخاطر» أو «نتائج مضمونة».

خلاصة عملية

يُقبل الفحص أو التدخل غالبًا إذا اجتمعت سبعة شروط: سؤال طبي أو وقائي مشروع، وصلاحية تحليلية وسريرية، ومنفعة متناسبة، وموافقة منطبقة واستشارة، وخطة للنتائج والأقارب، وحوكمة للعينات والبيانات، وامتثال فقهي ونظامي. ويُوقَف إذا غلب الضرر، أو كان الغرض تحسينيًا، أو كانت النتيجة غير صالحة لقرارها، أو دخل طرف ثالث في النسب، أو غابت الموافقة أو اللجنة أو الترخيص اللازم.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

القواعد الحاكمة لهذا الباب. تدور الحالات الآتية على خمسة ضوابط تكررت في الفصل: لا يبنى قرار مصيري على متغير غير معلوم الدلالة أو فحص مسحي غير مؤكد؛ والسرية أصل، وإبلاغ الأقارب يتدرج من الإذن إلى الإقناع ثم استثناء ضيق بالحد الأدنى؛ والفحص وقاية ومشورة لا إكراه ولا وصمة؛ والعينة والبيانات محكومة بالغرض المأذون فيه؛ والتدخل الجيني يقبل علاجًا جسديًا بشروطه ويمنع تحسينًا أو موروثًا أو استنساخًا. ويقرأ كل تحليل بالترتيب نفسه: طبي، فأخلاقي، ففقهي، فنظامي، ثم قرار موزون.

الحالة الأولى: متغير غير معلوم الدلالة وطلب جراحة وقائية

| **السيناريو**. أجرت سيدة في الخامسة والثلاثين لوحة واسعة بسبب إصابة خالتها بسرطان الثدي، فظهر في جين مرتبط بالسرطان. طلبت استئصال الثديين «قبل أن يتحول المتغير إلى سرطان»، وأيدها زوجها.

السياق الاستراتيجي. تتصادم رغبة المريضة في الوقاية مع حدود الدليل؛ والخطر أن تتحول معلومة غير حاسمة إلى جراحة دائمة لا رجعة فيها.

| **الركن الطبي**. التوصيف: VUS ليس متغيرًا ممرضًا ولا يثبت زيادة خطر قابلة للتقدير. التدخل وهدفه: الاستئصال الوقائي تدخل كبير لا يبرره هذا التصنيف وحده. المخاطر والمآلات: توجد مخاطر جراحية ونفسية وتشوهية، ولا يمكن إثبات منفعة مقابلة من VUS. البدائل: مراجعة التاريخ العائلي، وتقدير الخطر السريري، والتحقق من المختبر، والمتابعة أو الرأي الثاني وإعادة التصنيف عند ظهور دليل جديد [1].

| **الركن الأخلاقي**. الاستقلالية: القرار الصحيح يحتاج فهم معنى عدم اليقين، لا مجرد توقيع. النفع ومنع الضرر: منع جراحة غير متناسبة مقدم على طمأنة مؤقتة. الكرامة وجودة الحياة: تصان سلامة الجسد مع معالجة القلق بوسائل أقل ضررًا. العدالة: لا ينبغي أن يؤدي تفاوت الوصول إلى الاستشارة إلى جراحات غير لازمة أو تكاليف بلا دليل.

| **الركن الفقهي**. المقاصد: حفظ النفس والبدن والعقل والمال. القواعد: اليقين لا يزول بالشك، والضرر لا يزال بضرر أكبر. المرتبة وتحقيق المناط: الوقاية مصلحة حاجية أو ضرورية إذا ثبت

خطرها، لكنها هنا ظنية غير متحققة؛ والطبيب يثبت أن التصنيف لا ينهض سببًا للجراحة. التكييف: لا تبرر نتيجة غير حاسمة إزالة عضو سليم ما لم يثبت خطر معتبر بدليل مستقل.

| **الركن النظامي**. النصوص: يلزم نظام مزاولة المهن الصحية بالعناية وفق الأصول العلمية [10]. المسؤولية: تفسير VUS كمرض أو إهمال الاستشارة قد يكون إخلالًا فنيًا. التوثيق: يسجل التصنيف وتاريخه والمختبر ومضمون المشورة وخطة المراجعة. الأهلية والبيانات: المريضة كاملة الأهلية، لكن موافقتها لا تصحح تدخلًا غير مستند إلى أصل علمي، وتبقى النتيجة بيانات حساسة [11].

القرار المهني الموزون. لا تنفذ الجراحة اعتمادًا على VUS. تحال المريضة إلى عيادة وراثة وثدي لتقدير مستقل، وتوضع متابعة بحسب الخطر السريري، ويحدد مسؤول وموعد لإعادة مراجعة التصنيف. وإذا طرحت الجراحة لسبب آخر، يفصل سببها وتبريرها عن النتيجة غير الحاسمة.

الحالة الثانية: مريضة ترفض إبلاغ أخواتها بمتغير ممرض

| **السيناريو**. ثبت لدى مريضة سرطان مبيض متغير ممرض في BRCA1. لها ثلاث أخوات بالغات يمكن أن ينتفعن بفحص ومتابعة وقائية، لكنها ترفض إخبارهن خوفًا من الوصمة وتعطل زواج بنات الأسرة

السياق الاستراتيجي. المعلومة سر شخصي ومعلومة عائلية في آن واحد؛ والمطلوب حماية الثقة من غير ترك الأقارب أمام خطر جسيم يمكن تخفيفه.

| **الركن الطبي**. التوصيف: النتيجة مؤكدة وممرضة، وقد تفيد أخوات محددات بحسب شجرة العائلة. التدخل وهدفه: فحص موجّه ومتابعة أو وقاية، لا كشف التقرير الكامل. المخاطر والمآلات: عدم الإبلاغ قد يفوت فرصة الوقاية؛ والكشف غير المنضبط قد يسبب وصمة ونزاعًا. البدائل: خطاب عائلي محايد، أو جلسة مشتركة، أو اتصال من الفريق بموافقة المريضة، مع كشف الحد الأدنى [5، 16].

| **الركن الأخلاقي**. الاستقلالية: الأصل احترام اختيار المريضة وسريتها. النفع ومنع الضرر: منفعة الأخوات كبيرة إذا كان الخطر قابلًا للتدخل. الكرامة: تعالج مخاوف الزواج والوصمة ولا تستخدم الأسرة وسيلة للضغط. العدالة: ينبغي ألا يحرم القطيعة أو ضعف الثقافة الوراثية قريبًا من وقاية متاحة، مع عدم كشف من لا يعنيه الأمر.

| **الركن الفقهي**. المقاصد: حفظ النفس مع حفظ العرض والسر. القواعد: يتحمل الضرر الأخف لدفع الأشد، والضرورة تقدر بقدرها. المرتبة وتحقيق المناط: يثبت الاختصاصي جسامة الخطر وقابلية منعه وتحديد الأقارب؛ ولا يكفي احتمال بعيد. التكييف والقرارات: القرار 203 يقرر السرية وطلب الإذن ثم الإقناع، والقرار 79 يجيز الاستثناء عند مقتضٍ معتبر وبالقدر اللازم [6، 7].

| **الركن النظامي**. النصوص: نظام مزاولة المهن الصحية ونظام البيانات يجعلان السرية والحد الأدنى أصلًا [11، 10]. المسؤولية: الكشف الفردي المتعجل قد يخرق السر؛ وإغلاق الملف مع خطر جسيم دون مراجعة قد يكون تقصيرًا في المعالجة المهنية. التوثيق: تسجل النتيجة ومحاولات الإقناع

والخطر وخيارات الاتصال. الأهلية والبيانات: المريضة صاحبة البيانات؛ وأي كشف استثنائي يحتاج سندًا ومسارًا مؤسسيًا واضحًا.

القرار المهني الموزون. تخصص جلسة إقناع ودعم، وتسلم المريضة رسالة لا تكشف اسمها إن أمكن. إن استمر الرفض، تعرض الحالة على الأخلاقيات السريرية والشؤون النظامية ومسؤول حماية البيانات لتحديد إمكان الكشف والحد الأدنى والمتلقي. لا يكون الاتصال المباشر الخطوة الأولى، ولا يغلق الملف بلا موعد مراجعة.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

وهذه مواقف تتكرر في العيادة، حسمها معلوم بالضوابط المتقدمة، فيكتفى فيها بالجواب الحاسم مع ضابطه:

فحص جنيني مسحي إيجابي وطلب إجراء غير قابل للعكس. اختبار الحمض النووي الجنيني الحر فحص مسحي لا تشخيص؛ فلا يُنفَّذ إجراء غير قابل للعكس قبل تصوير متخصص واختبار تشخيصي مؤكد. يوقف القرار، وتصحح طبيعة النتيجة، ويعرض التأكيد سريعًا مع تحديد طبيب مسؤول وموعد عاجل حتى لا يتحول التأجيل إلى حرمان من الاختيار. وأحكام الحمل تؤخذ من موضعها لا من تقرير مسحي احتمالي.

طلب فحص طفل سليم لمرض يبدأ في البلوغ. لا يجرى الاختبار التنبؤي للطفل ما لم يغير علاجًا أو وقاية في الطفولة؛ فحقه في مستقبل مفتوح وفي عدم المعرفة مقدم على فضول التخطيط، وولاية الوالدين منوطة بمصلحته لا بملكية معلوماته. تحال الأسرة إلى استشارة وراثية ونفسية، وتوضع خطة إفصاح تناسب نمو الطفل، ويعاد القرار عند ظهور منفعة طبية أو عند قدرته على الاختيار المستنير.

تشخيص قبل الانغراس لمرض قاتل مع طلب اختيار الجنس الاجتماعي. يقبل PGT-M في حدود المرض الوراثي الخطير المحدد وبعد موافقة لجنة الإشراف، ويرفض اختيار الجنس لتوازن الأسرة؛ فالوسائل لها أحكام المقاصد، والوقاية من مرض شديد حاجة معتبرة، بينما التفضيل الاجتماعي تحسين يستبعد أجنة سليمة بلا منفعة علاجية. ويثبت المختبر ومسؤول الهوية ونقاط التحقق المزدوج، وتناقش وسيلة التأكيد أثناء الحمل.

عيادة تعرض خلايا جذعية لعلاج أمراض متعددة. لا يصدر خطاب إحالة يوهم بالاعتماد. يفصل الدليل عن اسم التقنية بأسئلة محددة: هل المنتج مرخص لهذا المرض؟ ما رقم التجربة المسجلة؟ أين النتائج المحكمة؟ من يتابع المضاعفات؟ وعلاج أمراض كثيرة بآلية واحدة وشهادات المرضى بدل الدراسات علامتا تسويق مضلل. يعطى المريض تقريرًا علميًا وبدائل مثبتة، ويبلغ عن المخالفة عبر القنوات الرسمية.

طلب استنساخ طفل متوفى بخلايا محفوظة. يرفض الطلب ولا ترسل الخلايا لهذا الغرض؛ فقرار المجمع رقم 94 (2/10) يحرم الاستنساخ البشري المؤدي إلى التكاثر، وتحظر المادة الثانية والعشرون من نظام أخلاقيات البحث إجراء البحث من أجل استنساخ الإنسان. وموافقة الزوجين لا

تمثل مولودًا يتحمل المخاطر وأثر النسب والهوية. تقدم رعاية الحزن والدعم، ويراجع مصير الخلايا المحفوظة وفق النظام.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. شاب في الخامسة والعشرين أبوه مصاب بمرض عصبي وراثي متأخر الظهور لا وقاية له ولا علاج، يرفض إجراء الفحص التنبؤي بعد استشارة وافية، وتلح أمه عليك أن تقنعه «من أجل أبنائه». ما الصحيح؟

أ) يُحترم حقه في عدم المعرفة ما دام قراره حرًّا وبعد فهم أثره، مع إبقاء باب الاستشارة مفتوحًا

ب) يُقنع بالفحص لأن معرفة الخطر مصلحة للأسرة كلها

ج) يُجرى الفحص وتُحجب النتيجة عنه وتُعطى لأمه

د) يُرفض حتى التحدث في الموضوع احترامًا لخصوصيته

2. خطيبان ظهر في فحص ما قبل الزواج أنهما حاملان لصفة فقر الدم المنجلي، ويرغبان في إتمام الزواج. ما الصحيح؟

أ) يُمنع العقد نظامًا لأن الشهادة صدرت بعدم التوافق

ب) تُقدَّم مشورة واضحة عن الخطر والخيارات، ويبقى قرار إتمام الزواج للطرفين وفق البرنامج

ج) يُطلب منهما التعهد بعدم الإنجاب مطلقًا

د) تُعدَّل الشهادة إلى «متوافق» تيسيرًا عليهما

3. عُرض على وحدة إخصاب طلب تعديل جينات جنين لاختيار لون العينين وطول القامة، والزوجان موافقان كتابةً. ما الحكم؟

أ) يُنفَّذ ما دامت الموافقة كتابية وصريحة من الزوجين

ب) يُنفَّذ إذا أجازته لجنة الأخلاقيات في المنشأة

ج) يُنفَّذ إذا ثبتت سلامة التقنية علميًا

د) يُمنع؛ فالمادة الثامنة تقصر التدخل في الخلايا الجنسية أو الجينات على معالجة أمراض وراثية أو جينية بإجازة لجنة الإشراف، والقرار 235 (6/24) يمنع مطلقًا الاستخدام التحسيني

مفتاح الإجابات

1) أ • 2) ب • 3) د

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Richards, S., et al. (2015). Standards and guidelines for the interpretation of sequence variants. *Genetics in Medicine,* 17, 405–424. DOI

[2] American College of Medical Genetics and Genomics. ACMG Secondary Findings

Recommendations, version 3.3and updates. الرابط

[3]Oxford Academic. (2025). *The Oxford Handbook of Genetic Counseling*; chapter: Considerations Before Testing: Patient Education, Decision Making, and Informed Consent. الرابط

[4] وزارة الصحة السعودية. دليل برنامج الزواج الصحي: الأمر السامي رقم 4/ب/45404 وتاريخ 1424/1/11هـ، وقرار مجلس الوزراء رقم 110 وتاريخ 1429/9/8هـ. المصدر الرسمي

[5]Menko, F. H., et al. (2024). Uptake of cascade genetic testing: systematic review and meta-analysis. PubMed PMID 39431491. PubMed

[6] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (2013). قرار رقم 203 (9/21) بشأن الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري (المجين)، الدورة الحادية والعشرون، الرياض، 18–22 نوفمبر 2013م. المصدر الرسمي

[7] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1993). قرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية، الدورة الثامنة، برونای، 21–27 يونيو 1993م. المصدر الرسمي

[8] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (2019). قرار رقم 235 (6/24) بشأن الجينوم البشري والهندسة الحيوية المستقبلية، الدورة الرابعة والعشرون، دبي، 4–6 نوفمبر 2019م. المصدر الرسمي

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1997). قرار رقم 94 (2/10) بشأن الاستنساخ البشري، الدورة العاشرة، جدة، 28 يونيو–3 يوليو 1997م. المصدر الرسمي

[10] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي رقم م/59 وتاريخ 1426/11/4هـ، وقرار مجلس الوزراء رقم 276 وتاريخ 1426/11/3هـ. المصدر الرسمي

[11] المملكة العربية السعودية. نظام حماية البيانات الشخصية، المرسوم الملكي رقم م/19 وتاريخ 1443/2/9هـ، المعدل بالمرسوم الملكي رقم م/148 وتاريخ 1444/9/5هـ. المصدر الرسمي

[12] المملكة العربية السعودية. نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، المرسوم الملكي رقم م/59 وتاريخ 1431/9/14هـ، وقرار مجلس الوزراء رقم 321 وتاريخ 1431/9/13هـ؛ واللائحة التنفيذية. المصدر الرسمي

[13] المملكة العربية السعودية. نظام وحدات الإخصاب والأجنة وعلاج العقم، المرسوم الملكي رقم م/76 وتاريخ 1424/11/21هـ، وقرار مجلس الوزراء رقم 260 وتاريخ 1424/9/23هـ. المصدر الرسمي

[14]Memish, Z. A., & Saeedi, M. Y. (2011). Six-year outcome of the national premarital screening and genetic counseling program for sickle cell disease and-β thalassemia in Saudi Arabia. الرابط

[15]American College of Obstetricians and Gynecologists. (2026). Screening for Fetal

Chromosomal Abnormalities; Current ACOG Guidance. الرابط ؛ الرابط

[16]Frey, M. K., et al. (2022). Direct relative contact versus patient-mediated contact in cascade testing: systematic review and meta-analysis. الرابط

[17] وزارة الصحة السعودية. برنامج الزواج الصحي ومحتوى التوعية المحدث. المصدر الرسمي

أخلاقيات طب الأطفال وحديثي الولادة

Chapter 24 -Pediatric and Neonatal Ethics

في نهاية الحياة لا تضع الأسرة بين «كل شيء» و«لا شيء».

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

في طب الأطفال ثلاثة أطراف في الغرفة لا اثنان: الطفل ووالداه وأنت. والطفل صاحب الحق، لكنه غالبًا ليس صاحب التوقيع. ومن هنا أصعب سؤال ستواجهه: **ماذا أفعل حين يختلف مَن يوقّع مع مَن له الحق؟**

ولن تنجو منه بشعار «مصلحة الطفل الفضلى»؛ فأشهر خطأ أن تجعلها مرادفة لرأي الطبيب. المصلحة هي **ترجيح الخيار الذي يحمي مجموع مصالح الطفل ويحقق منفعة متناسبة بأقل عبء ممكن** -لا تنفيذ كل ما يطيل الوظائف الحيوية.

مصطلحات تفرّق بينها

• **الطفل** نظامًا: كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة.[1] و**حديث الولادة** طبيًا: الطفل في الأيام الثمانية والعشرين الأولى. ولا يستوي طفل في الثالثة ومراهق في السابعة عشرة؛ فاذكر العمر والنضج لا اللقب.

• **إذن الولي:** موافقة الممثل النظامي بعد تبصير كافٍ على تدخل مشروع في نطاق سلطته. وليس ملكيةً لجسد الطفل ولا حقًّا في رفض علاج منقذ بلا حد.

• **موافقة الطفل** (assent): قبول إيجابي متدرج بعد شرح يناسب نموه. وليست توقيعًا شكليًا ولا إذنًا قانونيًا كاملًا.[2]

• **اعتراض الطفل** (dissent): رفض لفظي أو سلوكي يستلزم الفهم والاستكشاف والتخفيف، وقد تكون له قوة حاسمة في بعض القرارات **غير العاجلة**. وليس حقًّا مطلقًا في رفض كل علاج لازم.

• **عدم محاولة الإنعاش:** قرار بعدم البدء بالإنعاش القلبي الرئوي عند توقف القلب أو التنفس. وليس إيقافًا للعلاج والتمريض والتسكين والتغذية والدفء ووجود الأسرة.

والقدرة على القرار خاصة بالقرار نفسه، لا صفة عامة ولا رقم عمر. وتُقيَّم

بعناصرها الأربعة: الفهم، وإدراك أن المنافع والمخاطر تخصه هو، والموازنة بسبب مفهوم ولو لم توافق على قيمه، والتعبير عن اختيار مستقر دون إكراه؛ وتفصيلها في الفصل الخامس.

من يقرر للطفل؟ ومتى يُسمع رأيه؟

حالة الطفل	من يأذن نظامًا	ما تفعله أنت
حديث ولادة أو طفل لا يفهم	الولي	تواصل حانٍ، ومراعاة الراحة والإشارات السلوكية
طفل يفهم بعض العناصر	الولي	شرح مبسط، وسؤال عن مخاوفه، وطلب موافقته الإيجابية
مراهق ذو فهم ناضج	الولي، مع وزن قوي لرأي المراهق	حوار مباشر، ووقت خاص، وتوثيق القدرة والقيم
طارئ يهدد الحياة والولي غائب أو يرفض بضرر بالغ	التدخل الضروري وفق النظام	الشرح بقدر الإمكان دون تأخير الإنقاذ

وفي كل الصفوف حدٌّ ثابت لسلطة الولي: المصلحة، وعدم تعريض الطفل لضرر جسيم، وعدم طلب علاج غير مناسب. **ولا يملك الولي تعطيل الإنقاذ الفوري** بنص المادة التاسعة عشرة، وبمقتضى قرار المجمع في وجوب التداوي المنقذ الآتي ذكره. وتفصيل ترتيب الأولياء واستثناء الطوارئ في الفصل الخامس.

متى يُسمع رأي الطفل المميز؟ يُسمع دائمًا؛ لكن وزنه الحاسم يتغير. يزداد وزن اعتراضه كلما زاد نضجه وثبات اختياره، وكانت الفائدة الطبية محدودة أو غير مؤكدة، وكان التدخل اختياريًا أو قابلًا للتأجيل، وزاد العبء والألم وطول العلاج، ووُجد بديل معقول، واتفق الاعتراض مع قيم عبّر عنها عبر الزمن. ويقل وزنه الحاسم كلما كان العلاج عاجلًا وفعالًا ومنقذًا، وكان الرفض ناشئًا من خوف قابل للعلاج أو تضليل أو ضغط. وحتى عند تجاوز اعتراضه: خفّف الإكراه، واستعمل التسكين والدعم النفسي، وتجنب القوة إلا بقدر الضرورة.[3]

وكن صادقًا مع الطفل: لا تطلب موافقته على قرار حُسم ثم توحي إليه بأن له حق الرفض. قل: «العلاج لازم لحمايتك، لكنك تستطيع أن تخبرنا كيف نجعله أسهل وما الذي تخاف منه».

مثال سريع: مراهقة في السادسة عشرة مصابة بداء سكري مزمن تفضّل مضخة

الإنسولين على الحقن، ووالدها يفضّل الحقن. الخياران متقاربان طبيًا، وهي تعرف مرضها؛ فيقوى اعتبار رأيها، **ويزداد عبء تبرير مخالفته.**

سلطة الوالدين: تُحترم لماذا، وتُحدّ لماذا؟

نحترمها لأن الوالدين يعرفان الطفل ويتحملان الرعاية الطويلة. لكنها **سلطة ائتمانية**: غايتها رعاية الطفل لا تحقيق رغبة البالغ. فلهما الاختيار بين بديلين طبيين مقبولين، وطلب رأي ثانٍ، ومراعاة معتقد الأسرة. وليس لهما طلب تدخل غير مشروع أو غير متناسب، ولا رفض إنقاذ فعّال مع تعريض الطفل لضرر جسيم، ولا استعمال السرية لإخفاء إساءة.[4]

ولا تُعامِل كل رفض على أنه إهمال؛ فقد يكون سببه سوء شرح أو خبرة مؤلمة أو عجز مالي أو خوف أو عدم ثقة. ابدأ بالفهم لا بالتهديد: حدِّد نقطة الخلاف، وتحقَّق من الاستعجال وفرصة النجاح والبدائل، وعالج العوائق، ثم قدِّم توصية واضحة لا تُلقي فيها العبء كله على الأسرة. ثم اطلب رأيًا ثانيًا أو استشارة أخلاقية، ثم اختبر **عتبة الضرر**، ثم تدخّل بالقدر الأدنى دون تأخير الإنقاذ في الطارئ.

متى يُتجاوز رفض الوالدين؟

الرفض لا يُتجاوز لأن الطبيب أكثر علمًا، بل لأن الطفل سيتضرر ضررًا جسيمًا يمكن منعه. ورتّب أسئلتك على هذا النحو:

- **هل الخطر فوري على الحياة أو عضو أو من ضرر بالغ؟** إن كان نعم: ابدأ التدخل الضروري وفق المادة التاسعة عشرة مع تفعيل المسار المؤسسي. وإن كان لا: انتقل إلى التقييم المنظم والحوار.
- **هل الضرر المتوقع جسيم وقريب وذو احتمال معتبر؟** إن كان لا: احترم مساحة الاختيار مع المتابعة.
- **هل العلاج مثبت وضرره أقل بوضوح من ضرر الرفض؟** إن كان لا: لا تستخدم الإكراه لمجرد اختلاف مهني.
- **هل فُهم سبب الرفض وعولجت عوائقه؟** إن كان لا: أعد الشرح وعالج اللغة والكلفة والخوف.
- **هل استُنفدت البدائل الأقل تقييدًا؟** إن كان نعم: فعّل الجهة المختصة بالقدر اللازم. وإن كان لا: لا تتعجل إسقاط قرار الأسرة.

المثال الحاكم -العلاج المنقذ للحياة: طفل في الخامسة ينزف نزفًا حادًا بعد حادث، والعلاج المنقذ نقل دم، والوالدان يرفضان لسبب اعتقادي والموت وشيك. أجب عن الأسئلة: الخطر فوري؛ والضرر جسيم قريب شبه محقق؛ والعلاج مثبت فعّال وعبؤه ضئيل؛ ولا بديل يعادل نقل الدم في الوقت المتاح. **فهنا لا يملك الولي إسقاط حق الطفل:** يُقدَّم الإنقاذ فورًا وفق المادة التاسعة عشرة، ويُشرح للوالدين بقدر الإمكان دون تأخير، ويُفعَّل المسار المؤسسي وتُخطر الجهات المختصة، ويُوثَّق كل ذلك. ولا يكفي توقيع «رفض على المسؤولية»؛ فالمادة الثامنة عشرة تشترط شرحًا مفهومًا ومحددًا، وتوقيع الولي لا يُسقط حياة الطفل.[5]

والأمثلة المقابلة: رفض دواء لزكام بسيط مع بديل متابعة اختلافٌ داخل المنطقة المقبولة: شرح وتوثيق ومتابعة. وطلب تأجيل جراحة غير عاجلة لأخذ رأي ثانٍ حقٌّ معقول إذا لم يزد الخطر: حدِّد مدة آمنة وأتح السجلات. ورفض علاج تجريبي قليل الفائدة عالي السمية قد يكون **مشروعًا:** احترم القرار واستمر في التلطيف. فالفرق بين هذه وبين نقل الدم ليس قوة اعتقاد الأسرة، بل **قرب الضرر وجسامته وفعالية العلاج.**

وتذكّر: غياب التوقيع الورقي لا يحول دون إنقاذ طفل، ولا تتحول الطوارئ إلى ذريعة لتجاوز الولي في إجراء يمكن تأجيله بأمان.

سرية المراهق: ثقة ذات حدود

يحتاج المراهق مساحة يتحدث فيها عن الاكتئاب والعنف والتنمر وتعاطي المواد دون خوف من الفضيحة. والحل ليس سرية مطلقة ولا كشفًا تلقائيًا. قُل قبل المقابلة الخاصة، للمراهق ووالديه معًا: «جزء من كل زيارة يكون على انفراد؛ ما يقوله المراهق يبقى خاصًا بقدر ما يسمح به النظام، إلا إذا خفتُ على سلامته أو سلامة غيره، أو وجب عليّ التبليغ». بهذه العبارة لا يشعر الوالدان بأنهما مستهدفان، ولا يُخدع المراهق بوعد مستحيل.[6]

وعند الحاجة إلى الإفصاح أشرِك المراهق: ما أقل معلومة لازمة؟ لمن ستُقال؟ وهل يستطيع هو قولها بحضورك؟ ولا تكشف تاريخًا لا علاقة له بالخطر. وفي تجربة عشوائية على 562 مراهقًا رفعت ضمانات السرية الاستعداد للإفصاح عن موضوعات حساسة من 39% إلى 46.5%، والاستعداد لطلب رعاية مستقبلية من 53% إلى 67%.[7]

حماية الطفل: من الاشتباه لا من اليقين

دورك ليس إثبات الجريمة، بل **علاج الطفل، وتوثيق الوقائع، وتقدير خطر السلامة، والإبلاغ عند الاشتباه المعتبر**. ولا تنتظر اليقين القضائي: ففي دراسة كلاسيكية على إصابات الرأس الإسائية تبيّن أن 54 من 173 طفلًا -أي 31.2%- سبق أن عاينهم أطباء دون تعرُّف الإساءة.[8]

وتُبنى الشبهة من القصة (تأخر غير مفسر، روايات متبدلة، آلية لا تناسب النمو)، والفحص (إصابات بأنماط أو أعمار مختلفة، سوء نمو)، والسجل، والتشخيص التفريقي. وتجنّب خطأين متقابلين: عدّ كل كدمة إساءة، واستبعاد الإساءة لغياب الكدمة. ولا تسأل الطفل أسئلة إيحائية أو تكرر استجوابه فتفسد الدليل وتؤذيه.

ومسار الحماية خطوةً خطوة: عالج الحالة العاجلة وثبّت السلامة أولًا. ثم افصل المقابلات عند الحاجة واستعن بمترجم مستقل، ودوّن رواية كل شخص وكلمات الطفل بنصها دون استنتاجات غير لازمة. وصِف الإصابات بالحجم واللون والمكان والشكل مستعينًا بمخطط الجسم والصورة وفق السياسة وسلسلة الحفظ، واطلب الفحوص والاستشارات بحسب عمر الطفل ونمط الإصابة. وفعّل فريق حماية الطفل والبلاغ النظامي فور تحقق الاشتباه المعتبر، **ولا تَعِد بسرية تمنع البلاغ، ولا تخبر المشتبه به بتفاصيل قد تزيد الخطر دون تنسيق**. ثم ضع خطة خروج وأمان ومتابعة نفسية واجتماعية، وافحص خطر الإخوة. وليس على الطبيب إجراء تحقيق؛ فدوره الطفل لا القضية.

الأساس الشرعي

قرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم 67 (5/7)** بشأن العلاج الطبي أن أصل التداوي مشروع، وأنه يكون **واجبًا** إذا أدى تركه إلى تلف النفس أو عضو أو العجز، أو كان المرض ينتقل ضرره إلى الغير. ويكون مندوبًا إذا أدى تركه إلى ضعف البدن، ومباحًا فيما عدا ذلك، ومكروهًا إذا خِيفت مضاعفات أشد من العلة المراد إزالتها. وكان جمهور المتقدمين على أن التداوي مباح أو مندوب، وذهب بعض الشافعية والحنابلة إلى وجوبه عند غلبة النفع، وهو ما بنى عليه المجمع تفصيله. ونصّ على أنه «يجوز لولي الأمر الإلزام بالتداوي في بعض الأحوال، كالأمراض المعدية والتحصينات الوقائية». ثم أعاد المجمع في بيانه الثاني بشأن وجوب التطعيم ضد شلل الأطفال تأكيد هذا القرار، وعدّ المبادرة بالتطعيم أمانة على الوالدين.[9، 10]

وعلى هذا القرار أبني ما أختاره في التنزيل: رفض الولي ليس على درجة واحدة؛ فإذا كان العلاج منقذًا غالبًا وتركُه يفضي إلى موت أو عجز جسيم وعبؤه متناسبًا، **لم يملك الولي إسقاط حق الطفل فيه**، وهو ما يوافق المادة التاسعة عشرة. أما التدخل قليل الجدوى شديد العبء فلا يصير واجبًا لمجرد وجوده التقني.

وفي **الإنعاش** قرر المجمع في قراره رقم 17 (5/3) حكم ثبوت الوفاة ورفع الأجهزة بعدها؛ فلا يُستعمل وحده لتقرير عدم إنعاش طفل حي.[11] وما يعنيك هنا من **فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء رقم 12086 وتاريخ 1409/6/30هـ** أنها أجازت عدم استعمال جهاز الإنعاش في أحوال محددة، منها تقرير ثلاثة أطباء مختصين ثقات أن المريض غير صالح للإنعاش أو أن الإنعاش غير مجدٍ. وقررت أن رأي أولياء المريض ليس هو المرجع في هذه المسألة الفنية.[12] وتفصيل الفتوى وقرارات عدم الإنعاش في الفصل الحادي والأربعين.

افهمها بضبط: الإعاقة وحدها ليست مسوغًا لحرمان الطفل من الإنعاش؛ والمدار في تنزيل الفتوى، فيما أختاره، على الحالة المرضية وعدم جدوى الإنعاش وتناسب العبء والتقييم الفردي غير التمييزي. والفتوى لا تتناول إيقاف التسكين أو التمريض أو الرعاية الأساسية، فلا تُمدّ إليها.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
نظام حماية الطفل، المادة الأولى	الطفل من لم يتجاوز الثامنة عشرة؛ والإيذاء كل استغلال أو إساءة جسدية أو نفسية أو جنسية أو التهديد به؛ والإهمال عدم توفير حاجاته الأساسية[1]
نظام حماية الطفل، المادة الثالثة	من صور الإيذاء أو الإهمال: عدم استكمال التطعيمات الصحية الواجبة، ووجود الطفل في بيئة خطر، والتمييز، والكلمات التي تحط من كرامته
نظام حماية الطفل، المادة الثانية والعشرون	«على كل من يطّلع على حالة إيذاء أو إهمال، تبليغ الجهات المختصة فورًا»[1]
نظام مزاولة المهن الصحية، المادة التاسعة	يكون العمل الطبي لمصلحة المريض
المادة الثامنة عشرة	تنبيه المريض أو ذويه إلى التعليمات وتحذيرهم من نتائج عدم

	اتباعها بعد شرح الوضع وآثاره
المادة التاسعة عشرة	«يجب ألا يجري أي عمل طبي لمريض إلا برضاه، أو موافقة من يمثله، أو ولي أمره إذا لم يعتد بإرادته هو»، ثم استثناء الطوارئ عند تعذر الموافقة؛ وحظر إنهاء حياة المريض الميؤوس من شفائه ولو طلب ذووه[5]
المادة الحادية والعشرون	حفظ الأسرار المهنية، مع حالات إفشاء محددة -وتُقرأ مع نظام حماية الطفل؛ وتفصيل السر الطبي في الفصل السابع
الدليل السعودي للإذن الطبي	القاصر ممن لا يُعتمد على إرادته منفردًا، مع وجوب مراعاة فهمه ومشاركته أخلاقيًا[13]
الدليل الوطني لحالات عدم الإنعاش	تقييم طبي جماعي موثق؛ توصية من ثلاثة أطباء مؤهلين أحدهم استشاري، ولا يُبنى القرار على رغبة فردية أو عجز أو كلفة[12]

وانضمت المملكة إلى **اتفاقية حقوق الطفل** بالمرسوم الملكي رقم م/7 وتاريخ 1416/4/16هـ مع التحفظ العام على ما يتعارض مع الشريعة، وإلى **عهد حقوق الطفل في الإسلام** بالمرسوم الملكي رقم م/54 وتاريخ 1427/8/27هـ. ويعنيك من الاتفاقية: المادة 3 (مصالح الطفل الفضلى اعتبار أولي)، والمادة 12 (حق التعبير وإعطاء رأيه الوزن المناسب لسنه ونضجه)، والمادة 19 (الحماية من العنف والإهمال)، والمادة 24 (أعلى مستوى صحي يمكن بلوغه).[14]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
مشروعية التداوي أصلًا، ووجوبه إذا أدى تركه إلى تلف النفس أو عضو أو انتقال الضرر إلى الغير	قرار مجمعي، وفي أصل وجوب التداوي خلاف بين المتقدمين	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 67 (5/7) [9]
جواز إلزام ولي الأمر بالتداوي في أحوال كالأمراض المعدية والتحصينات، والتطعيم أمانة على الوالدين	قرار مجمعي وبيان مجمعي	القرار 67 (5/7) والبيان الثاني بشأن شلل الأطفال [9، 10]
لا يملك الولي إسقاط حق الطفل في العلاج المنقذ الفعّال المتناسب العبء	اجتهاد المؤلف مبني على قرار المجمع، ويوافقه النظام	القرار 67 (5/7) [9] والمادة التاسعة عشرة [5]
ثبوت الوفاة بموت الدماغ وجواز رفع	قرار مجمعي	القرار 17 (5/3) [11]

الأجهزة بعدها		
جواز عدم استعمال جهاز الإنعاش في أحوال محددة بتقرير ثلاثة أطباء ثقات، ورأي الأولياء ليس المرجع فيها	فتوى	اللجنة الدائمة، الفتوى 12086 [12]
الإعاقة وحدها ليست مسوغًا لحرمان الطفل من الإنعاش، والمدار على عدم الجدوى وتناسب العبء	اجتهاد المؤلف في تنزيل الفتوى	تنزيل على الفتوى 12086 [12]
حفظ سر المراهق، مع الإفصاح بقدر الحاجة عند الخطر على سلامته أو سلامة غيره أو وجوب التبليغ	قول راجح في التنزيل، وأصله الشرعي حفظ السر	إرشادات رعاية المراهق [6]

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **جعل مصلحة الطفل مرادفة لرأي الطبيب**، أو اختزال المشاركة في توقيع.
- **اعتبار سلطة الوالدين مطلقة أو شكلية** -وكلا الطرفين خطأ.
- **كسر سرية المراهق تلقائيًا** لمجرد سلوك محفوف بالمخاطر دون تقدير شدة الخطر.
- **انتظار إثبات الإساءة** قبل التبليغ، أو الاكتفاء ببلاغ إداري داخلي.
- **مساواة عدم الإنعاش بترك العلاج**، أو اتخاذ الإعاقة أساسًا للحد من العلاج.
- **تقديم الأرقام كيقين** -قل: «ينجو نحو 30 من كل 100، ولا ينجو نحو 70» بدل «هناك فرصة»، ولا تحوّل عمر الحمل أو وزن الولادة إلى مصير حتمي.[15]
- **استخدام «الفتوى» بدل التقييم الطبي** -الحكم يُنزَّل على وصف طبي صحيح، فإن نقص الوصف فسد الحكم.

خلاصة عملية

احترم نطاقًا واسعًا لقرار الوالدين ما بقي داخل الخيارات الطبية المعقولة. أشرِك الطفل بقدر فهمه، وازدد اعتبارًا لصوته كلما نضج وضعف اليقين. وإذا هدد الرفض بضرر جسيم قريب يمكن منعه، فاستنفد وسائل التفاهم ثم فعِّل الحماية بأقل تدخل لازم. وفي نهاية الحياة لا تضع الأسرة بين «كل شيء» و«لا شيء»؛ أعِد صياغة الهدف مع استمرار الرعاية والراحة والكرامة.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: رفض نقل دم منقذ لطفل

طفل في الثامنة مصاب بابيضاض الدم، حدث له نزف شديد وهبط الهيموغلوبين إلى مستوى يهدد حياته. أوصى الفريق بنقل الدم، فرفض والداه لأسباب دينية، بينما كان الطفل خائفًا ولا يفهم إلا أنه قد يموت.

| **الركن الطبي**. يثبت الفريق الاستعجال، واحتمال الموت أو الضرر الجسيم دون النقل، وفعالية الدم، ومخاطره، وعدم وجود بديل يحقق الأثر بالسرعة المطلوبة. وتراجع الجرعة والمطابقة وخطة التعامل مع المضاعفات.

| **الركن الأخلاقي**. الفائدة فورية وكبيرة، والعبء محدود نسبيًا، والبديل غير كافٍ؛ فتبلغ الحالة عتبة الضرر الجسيم القريب. يشرح للطفل أن الدم يساعد جسمه على حمل الأكسجين وإيقاف الخطر، ويُسأل عن خوفه، ولا يُحمّل مسؤولية الخلاف، مع التسكين والدعم ووجود شخص يطمئنه.

| **الركن الفقهي**. حفظ النفس مقدم هنا، والولاية أمانة مقيدة بالمصلحة، وترك العلاج الفعال مع غلبة الهلاك لا ينفذ لمجرد رفض الولي. ويقرر قرار مجمع الفقه رقم 67 (5/7) أن العلاج قد يبلغ الوجوب إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو عضو أو عجز [9]. تُحترم قناعة الأسرة ويجوز إشراك مرشد ديني موثوق دون تأخير الإنقاذ.

| **الركن النظامي**. تعمل المادة 19 من نظام مزاولة المهن الصحية عند الخطر الفوري وتعذر الحصول على الموافقة في الوقت المناسب؛ فيُجرى التدخل الضروري لإنقاذ الحياة [5]. تُخطر الإدارة القانونية وحماية الطفل وفق الإجراء، وتوثق ضرورة النقل ورفض الولي ومحاولات التفاهم.

القرار المهني الموزون. إجراء النقل الضروري بأقل تدخل قسري، مع استمرار الحوار واحترام الوالدين. ليس الهدف معاقبتهما أو إسقاط ولايتهما في بقية الرعاية، بل حماية الطفل في القرار المحدد.

الحالة الثانية: كدمات متكررة ورواية غير متسقة

طفل في الثالثة أحضرته أسرته بسبب كسر، وقالوا إنه سقط من سرير منخفض. وجدت كدمات بألوان ومواضع مختلفة، وظهر في السجل حضور سابق لإصابات.

| **الركن الطبي**. تعالج الإصابة والألم، ويطلب تصوير وفحوص بحسب عمر الطفل ونمط الإصابة، مع تشخيص تفريقي للنزف وهشاشة العظام. وتُقارن آلية السقوط بقدرة الطفل النمائية ونمط الكسر.

| **الركن الأخلاقي**. يُقابل الطفل في بيئة آمنة وبأسئلة مفتوحة مناسبة: «احك لي ماذا حدث»، دون اقتراح اسم المعتدي. الخطر لا يقتصر على الكسر الحالي؛ فالعودة إلى بيئة غير آمنة قد تؤدي إلى إصابة أشد، والانتظار حتى اليقين القضائي يعرّضه للضرر.

| **الركن الفقهي**. حفظ النفس والنسل ورفع الضرر عن الضعيف مقدمة على كتمان الشبهة، والولاية لا تمنح حق الإيذاء. ويكون الإفصاح للجهة المختصة بقدر الحاجة، مع العدل وعدم اتهام شخص بلا بينة.

| **الركن النظامي**. توجب المادة 22 من نظام حماية الطفل البلاغ فورًا عند الاطلاع على حالة إيذاء أو إهمال [1]. يُفعّل فريق الحماية، ويُقدر أمان الخروج ووجود إخوة، وتوثق كلمات الطفل حرفيًا، ولا تواجه الأسرة بطريقة ترفع الخطر أو تفسد التحقيق.

القرار المهني الموزون. علاج وتوثيق موضوعي وبلاغ فوري ومسار حماية متعدد التخصصات. لا يكتب الطبيب «الأب معتدٍ» ما لم يثبت؛ بل يكتب العلامات والروايات والتفاوت وسبب الاشتباه.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف يتكرر ورودها في العيادة والعناية، لا تحتاج تحليلًا مبسوطًا بل جوابًا حاسمًا بضابطه:

والدان مترددان في تطعيم رضيع. يُبدأ بشرح منفعة اللقاح ومضاعفاته الحقيقية وتصحيح الإشاعة من مصدر رسمي، بلا عبارة «آمن مئة بالمئة» وبلا تحويل كل سؤال متردد إلى اتهام. ثم يُطبَّق البرنامج الوطني وسياسة المنشأة، ويُوثَّق الرفض، ويُحدَّد موعد قريب. فإن استمر رفض تطعيم واجب وتعرّض الطفل أو غيره لخطر معتبر فُعّل المسار النظامي؛ فقد عدّ نظام حماية الطفل عدم استكمال التطعيمات الواجبة صورة من الإهمال [1]، وأجاز قرار المجمع 67 (5/7) الإلزام بالتحصين الوقائي [9، 10]. ولا يُطرد الرضيع من العيادة فيبقى بلا متابعة.

مولود لا نبض له بعد إنعاش مكتمل. تُراجع أولًا جودة التهوية ووضع الأنبوب والضغطات والجرعات والوصول الوعائي والأسباب القابلة للعكس. فإذا اكتمل الإنعاش على وجهه وبقي النبض غير قابل للكشف قرب عشرين دقيقة، كان ذلك وقتًا معقولًا لمناقشة تحويل الهدف إلى الراحة، لا مؤقتًا آليًا [17]. ويوثق كل زمن وجرعة وأساس الإيقاف، ويُبلَّغ الوالدان بصدق، ويُمنحان حضورًا واحتضانًا؛ فاستمرار التسكين والدفء والطقوس المرغوبة ليس «عدم فعل شيء».

إصرار الأسرة على إنعاش كامل في مرض مترقٍّ. لا يُكتب عدم الإنعاش بسبب التشخيص أو الإعاقة، بل لعدم تناسب الإنعاش في | السيناريو المحدد: هل تعيد الضغطات الدورة؟ وهل يخرج الطفل من العناية؟ وبأي ألم وكسور ونقص أكسجة؟ ويُطبَّق تشكيل الأطباء والتوثيق في الدليل الوطني، وتُطلب مراجعة مستقلة واستشارة أخلاقية عند الخلاف [12]. فإن بقيت إمكانية معقولة بلا عبء كبير استُخدمت تجربة محددة المدة؛ وإلا فلا يلزم الفريق بتدخل لا يحقق منفعة، مع بقاء التسكين والدعم التلطيفي.

طفل يعمل في بيئة خطرة. يُعالج الضرر أولًا -الحرق أو التعرض السمي -وتُقيَّم إصابات التنفس والجلد والسمع والنوم والنمو، ويُسأل الطفل على انفراد عن ساعات العمل والمواد والوقاية ومن يحتفظ بالأجر. فإذا ظهرت دلائل استغلال أو خطر وُثّقت الوقائع وفُعّل مسار حماية الطفل والبلاغ

للجهة المختصة [1، 18]، مع تنسيق اجتماعي للأسرة حتى لا يتحول إخراج الطفل من العمل إلى ضرر جديد. وليس على الطبيب إجراء تحقيق عمالي.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. مراهقة في السادسة عشرة أفصحت لك في المقابلة الخاصة عن أفكار انتحارية وخطة، وطلبت ألا تخبر أحدًا. ما الصحيح؟

أ) يُوعد بالسرية المطلقة حفاظًا على الثقة والعلاقة العلاجية

ب) يُكشف كامل ما قالته في المقابلة لوالديها لأنهما ولياها

ج) يُؤجَّل التصرف حتى الزيارة القادمة لتقييم استقرار الفكرة

د) تُقدَّم السلامة ويُكشف بقدر الحاجة مع إشراك المراهقة في مَن يُبلَّغ ومتى وبأقل معلومة لازمة، دون كشف تفاصيل لا علاقة لها بالخطر

2. طفل في العاشرة يتلقى علاجًا لمرض يرجح شفاؤه، وو افق وليه بعد التبصير. قبل الجرعة التالية قال: «لا أريده؛ المرة السابقة تقيأت وتألمت». لا يحتاج إلى إعطاء الجرعة خلال الدقائق الحالية. ما الخطوة الأولى الأنسب؟

أ) تأجيل العلاج حتى بلوغه سن الرشد، لأن الخلاف بين الطفل ووليه لا يحسم قبل ذلك

ب) اعتبار عبارته رفضًا نهائيًا ملزمًا يوجب إيقاف الخطة الشافية رغم إمكان معالجة أسباب الاعتراض

ج) إعطاء الجرعة مباشرة اعتمادًا على إذن الولي، لأن سماع رأي الطفل ليس لازمًا قبل العلاج

د) استكشاف الألم والخوف وشرح الخطة بلغة تناسبه، وتحسين ضبط الأعراض ودعم مشاركته قبل الاستمرار

3. رفض والدان استكمال تطعيمات طفلهما الرضيع الواجبة «لأن التداوي مباح لا واجب، والقرار لنا». كيف تقوّم موقفهما وما تصرفك؟

أ) موقفهما صحيح؛ فالتطعيم وقاية لا علاج، ورفضه حق مطلق للوالدين لا يُراجع

ب) موقفهما غير صحيح؛ فقرار المجمع 67 (5/7) أجاز لولي الأمر الإلزام بالتحصينات الوقائية وعدّ المبادرة بالتطعيم أمانة على الوالدين، ونظام حماية الطفل يعد عدم استكمال التطعيمات الواجبة صورة من الإهمال؛ فتشرح وتعالج العوائق وتوثق، وتسلك مسار الحماية إن استمر الرفض

ج) يُطعَّم الطفل فورًا بالقوة دون شرح لأن الأمر محسوم نظامًا

د) يُوثَّق الرفض ويُغلق الملف لأن الأمر خارج مسؤولية الطبيب

مفتاح الإجابات

1) د • 2) د • 3) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] المملكة العربية السعودية. نظام حماية الطفل: قرار مجلس الوزراء رقم 50 بتاريخ 1436/1/24هـ، والمرسوم الملكي رقم م/14 بتاريخ 1436/2/3هـ الموافق 25 نوفمبر 2014م، مع التعديلات السارية حتى القطع المرجعي. المصدر الرسمي

[2] Katz AL, Webb SA; AAP Committee on Bioethics. Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20161484; reaffirmed January 2023. DOI

[3] Wasserman JA, Najor AN, Liogas N, et al. Pediatric Assent in Clinical Practice: A Critical Scoping Review. *AJOB Empir Bioeth*. 2024;15(4):336–346. DOI

[4] Salter EK, Hester DM, Vinarcsik L, et al. Pediatric Decision Making: Consensus Recommendations. *Pediatrics*. 2023;152(3):e2023061832. DOI

[5] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية: قرار مجلس الوزراء رقم 276 بتاريخ 1426/11/3هـ، والمرسوم الملكي رقم م/59 بتاريخ 1426/11/4هـ. المصدر الرسمي

[6] Chung RJ, Lee JB, Hackell JM, Alderman EM; AAP Committees. Confidentiality in the Care of Adolescents: Policy Statement. *Pediatrics*. 2024;153(5):e2024066326. DOI

[7] Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE Jr. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1997;278(12):1029–1034. PubMed

[8] Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA*. 1999;281(7):621–626. DOI

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ الموافق 9–14 مايو 1992م. المصدر الرسمي

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. البيان الثاني بشأن وجوب التطعيم ضد شلل الأطفال، مع الإحالة إلى قرار 67 (5/7). المصدر الرسمي

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش، الدورة الثالثة، عمّان، 8–13 صفر 1407هـ الموافق 11–16 أكتوبر 1986م. المصدر الرسمي

[12] المجلس الصحي السعودي. الدليل الوطني لحالات عدم الإنعاش *(DNR)*. 14 جمادى الآخرة 1438هـ الموافق 13 مارس 2017م؛ ويتضمن الإحالة إلى فتوى اللجنة الدائمة رقم 12086 بتاريخ

1409/6/30هـ. المصدر الرسمي

[13] وزارة الصحة والمركز السعودي لسلامة المرضى. الدليل السعودي للإذن الطبي. الطبعة الأولى 1440هـ/2019م؛ أعلن صدوره في 12 ربيع الآخر 1441هـ الموافق 9 ديسمبر 2019م. المصدر الرسمي

[14] United Nations. Convention on the Rights of the Child. Adopted 20November 1989. Articles 3, 5, 12, 16, 19, 24. الرابط

[15] American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Periviable Birth. *Obstet Gynecol*. 2017;130(4):e187–e199. DOI

[16] المملكة العربية السعودية. نظام حماية البيانات الشخصية: المرسوم الملكي رقم م/19 بتاريخ 1443/2/9هـ الموافق 16 سبتمبر 2021م، المعدل بالمرسوم الملكي رقم م/148 بتاريخ 1444/9/5هـ؛ ولا سيما المادة 23 بشأن البيانات الصحية. المصدر الرسمي

[17] Lee HC, Strand ML, Finan E, et al. Part 5: Neonatal Resuscitation: 2025American Heart Association and American Academy of Pediatrics Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2025;152(Suppl 2):S385–S423. DOI

[18] وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية. تشغيل الأحداث: حظر الأعمال الخطرة والضارة، وضوابط العمل الخفيف. اطلع عليه في 27 أغسطس 2026م. الرابط

أخلاقيات طب الأسرة والأمراض المزمنة

Chapter 25 -Family Medicine and Chronic Disease Ethics

طلب المساعدة كفاءة لا ضعف.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

في المستشفى ترى المرض؛ وفي عيادة الأسرة ترى **الشخص عبر الزمن**. والمسن المصاب بالسكري وقصور القلب وآلام المفاصل والقلق لا يحتاج أربع خطط تتنافس داخل جسده ووقته وماله، بل **خطة واحدة** مرتبطة بما يهمه، وقدرته على التنفيذ، وخطر الأدوية، ومن سيتابع.

وأخطاء هذا الباب لا تقع من جهل بالإرشاد، بل من تطبيقه آليًا. ومن صورها: جمع أربعة بروتوكولات في جسد واحد، وإسناد قرار مريض قادر إلى أسرته لمجرد كبر سنه أو نسيانه، ووصف من عجز عن شراء الدواء بأنه «غير ملتزم». ومنها إيقاف دواء بلا تدرج ولا متابعة، وإرسال إحالة ثم افتراض أن الصمت قبول.

أربع قواعد يتفرع عنها الفصل

- **قدِّم الخطر الذي لا ينتظر على الهدف الرقمي البعيد.**
- **اختبر الأهلية لقرار بعينه في أفضل وقت، لا للشخص كله.**
- **لا يبقَ دواء بلا دلالة باقية ومالك ومؤشر متابعة.**
- **لا تُغلق إحالة أو نتيجة بلا مالك باسمه ومهلة.**

فروق تمنع الخطأ

• **تعدد الأمراض** غير مرض واحد مع مضاعفات. فتعدد الأمراض يُعرَّف بوجود حالتين طويلتي الأمد أو أكثر، وقد تشمل مرضًا جسديًا أو نفسيًا أو ألمًا مزمنًا أو ضعفًا حسيًا أو إدمانًا.[1] والتحدي ليس العدد بل تفاعل الأمراض والأدوية والمواعيد مع القدرة الوظيفية.

• **عدم الانتظام غير الرفض المستنير**؛ الأول قد ينتج من عائق قابل للعلاج، والثاني اختيار قادر بعد فهم البدائل والعواقب.

• **التعدد الدوائي المناسب غير الإشكالي**: فقد تكون الأدوية الكثيرة لازمة، والمشكلة حين تتجاوز الأضرار أو العبء الفائدة المتوقعة.[2، 3]

• **خفض الأدوية غير ترك العلاج**: هو مراجعة منظمة واتفاق ومراقبة وإمكان إعادة الدواء، لا إيقاف عشوائي.[4]

• **عدم اليقين المهني غير الإهمال**: الأول يُدار بالاحتمالات وعلامات الإنذار والمتابعة، والثاني إخلال بالعناية أو الاختبار أو التوثيق.

• **الخلاف العلمي غير التنمر**: الخلاف محدد بالدليل ومحترم، والتنمر نمط متكرر مع تفاوت قوة يتضمن إذلالًا أو تهديدًا أو عرقلة.[5]

• **الاحتراق الوظيفي** ظاهرة مهنية ناشئة عن ضغط مزمن لم يُدَر بنجاح -لا عيب أخلاقي ولا تشخيص نفسي بحد ذاته.[6]

الأهلية المتذبذبة والقرار المدعوم

الأهلية تُفحص **بالنسبة إلى القرار** بوظائفها الأربع (الفهم والتقدير والموازنة والتعبير)، ولا تساوي الدرجة التعليمية ولا تشخيص الخرف؛ وتفصيلها في الفصل الخامس. وما يخص المرض المزمن هو **التذبذب**: فإذا كان متوقعًا، فحدِّد أفضل وقت في اليوم، وصحِّح الألم أو العدوى أو نقص السكر أو الجفاف أو أثر المهدئات، واستعن بمترجم محترف ومعينات السمع والبصر، وقسِّم القرار إلى أجزاء.

التسلسل العملي: ادعم القدرة أولًا -عالج السبب القابل للعكس -اختبر القرار المحدد -وثّق أقوال المريض لا الانطباع فقط -استخدم الممثل عند العجز -أعد التقييم عند تغير الحالة. وإذا تعذّر قرار غير عاجل أُجِّل أو رُجع إلى ممثل معتبر، أما عند خطر التأخير فيُقتصر على الضروري بحسب استثناء الطوارئ المفصّل في الفصل الخامس، ويُعاد القرار بعد التحسن.[7، 8]

الالتزام: من اللوم إلى تشخيص العائق

ابدأ بالاستئذان لا بالاتهام: «كثير من الناس يجدون صعوبة في أخذ الدواء؛ ماذا حدث معك؟». ثم استكشف النسيان، والتكلفة، والمواصلات، والآثار الجانبية، وتعقيد الجرعات، والخوف من الاعتماد، والطب البديل، والاكتئاب، والصحة المعرفية، وفهم الهدف.[9] ثم اتفق على حل قابل للقياس: دواء أبسط، أو توقيت يناسب الروتين، أو صندوق جرعات، أو بديل أقل كلفة. وإذا رفض مريض قادر بعد الفهم، فاحترم رفضه

واعرض بديلًا وخطة أمان؛ ولا يُطرد من الرعاية، ولا تُستخدم السرية عقوبة.

التعدد الدوائي وعدم اليقين والإحالة

في **مراجعة الأدوية** ابدأ بمصالحة كاملة تشمل ما دون وصفة والأعشاب والمكملات وأدوية أطباء آخرين، ثم اسأل عن كل دواء: ما الغاية؟ وهل تحققت؟ وما زمن المنفعة وما الضرر؟ وهل له متلازمة سحب؟ وما رأي المريض؟ ثم رتّب الإيقاف دواءً دواءً غالبًا، مع خفض تدريجي عند الحاجة، ومؤشر متابعة وموعد وإمكان إعادة الدواء.[3]

وفي **عدم اليقين** قد يكون الانتظار النشط أأمن من تصوير أو مضاد أو إحالة فورية -بشرط ألا يكون انتظارًا سلبيًا. والصيغة المنضبطة: «لا أستطيع تأكيد السبب اليوم، لكن الاحتمال الأخطر غير مرجح بسبب كذا، وسنراجع خلال كذا، واذهب فورًا إذا ظهر كذا». وهي أقوى أخلاقيًا من يقين زائف أو قائمة احتمالات بلا خطة.[10]

وفي **الإحالة** صُغ سؤالًا واضحًا: هل نحتاج تأكيد تشخيص، أو إجراءً، أو مشاركة علاج؟ واذكر درجة الاستعجال ومبرراتها والنتائج ذات الصلة والعلاجات المجربة. وأخبر المريض بمن سيتصل والوقت المتوقع وما يفعل إن لم يصله موعد. **والحلقة لا تُغلق بإثبات الإرسال**، بل تستمر حتى قبول الموعد ووصول النتيجة وفهم المريض لخطة المتابعة. وإذا رُفضت الإحالة مع بقاء خطر، فصعِّد المسار ولا تكتفِ بإغلاق الطلب.[11]

انتبه: لا يوجد رقم عالمي واحد يجعل عدد المرضى آمنًا أو غير آمن في كل عيادة. لكن امتلاء الجدول لا يبرر حذف الفرز أو علامات الإنذار أو تتبع النتائج، وما استُحق من وقاية ولم يُنجز في زيارة مزدحمة يُسجَّل ويُعاد إليه بتذكير أو زيارة لاحقة. وعلى الإدارة تعديل القدرة عند تكرر العجز.

الأساس الشرعي

تلتقي رسالة طب الأسرة مع حفظ النفس والعقل والنسل والمال والدين. قال تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوٓاْ أَنفُسَكُمْۚ إِنَّ ٱللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ [النساء: 29]، وقال: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ﴾ [النحل: 90]، وقاعدة «لا ضرر ولا ضرار» تزن الفعل والترك.

وقرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار رقم 67 (5/7)** أن «الأصل في حكم التداوي أنه مشروع». وقرر أنه قد يجب إذا أدى تركه إلى تلف النفس أو عضو أو عجز، أو كان المرض متعديًا.[12] ويدعم **قرار المجمع رقم 261 (6/26)** النظر إلى أثر المرض

أو العلاج في الإدراك والتمييز وفهم العواقب، ويدعو إلى تقدير متخصص عند الاشتباه.[13] ومقتضى هذا القرار وقواعد الأهلية عند الفقهاء أنه لا يسوغ الاستيلاء على قرار المسن لمجرد النسيان، ولا تركُ فاقد الإدراك يضر نفسه بحجة الاستقلالية.

والأقرب في تكييف **خفض الدواء** أنه ليس امتناعًا عن التداوي إذا بُني على أن الضرر أو العبء أصبح أرجح، أو زالت دلالته؛ فهو من إزالة الضرر وترشيد الوسائل، بشرط العلم والتدرج والمراقبة وعدم قصد التعجيل بالموت أو التخلي. وهذا تكييف من المؤلف مبني على قاعدة «الضرر يزال»، ولم يصدر فيه قرار مجمعي بعينه. أما إيقاف دواء لازم بلا تقييم فقد يكون تفريطًا. وتحرم السخرية واللمز بنص القرآن: ﴿لَا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِنْ قَوْمٍ﴾ [الحجرات: 11]؛ والأقرب أن إذلال طبيب الأسرة أو تعطيل إحالته يدخل في هذا النهي إذا أدى إلى ظلم أو ضرر -ولا يمنع ذلك من نقد مهني صادق.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
نظام مزاولة المهن الصحية، المادة 5	احترام كرامة المريض
المادة 8	المساعدة في الطوارئ
المادة 15	بذل العناية في التشخيص، والاستفادة من الوسائل الفنية، والاستعانة بمن تستدعي حالتهم خبرته -وهي الأساس النظامي للاستشارة والإحالة[8]
المادة 16	يجوز الاعتذار عن علاج حالة لأسباب مهنية أو مقبولة، خارج الحالات الخطرة أو العاجلة -ولا يبيح هجرًا مفاجئًا بلا بديل معقول
المادة 19	الحصول على رضا المريض أو من يمثله، مع استثناءات الضرورة المحددة
المادة 21	حماية السر المهني
المادتان 26 و27	المسؤولية عن الخطأ المهني، ومن صوره التقصير في الاستشارة أو الفحوص أو متابعة العلاج
نظام العمل، المادة 61	معاملة العامل بالاحترام والامتناع عن قول أو فعل يمس كرامته ودينه -لمن يخضع لنظام العمل[14]
نظام حماية البيانات	يُطبَّق إلى جانب سرية المهنة وسياسات الجهة في الرعاية المزمنة

الشخصية	متعددة المقدمين[15]
دليل الإذن الطبي السعودي	إطار شرح الإجراء ومنافعه ومخاطره وبدائله، وتقدير الأهلية والتمثيل[7]

وتميّز بين مستويات هذه النصوص: نظام مزاولة المهن الصحية يحدد الواجب والمسؤولية المهنية؛ ودليل الإذن وسياسات الإحالة تفسّر التشغيل؛ ونظام العمل يحمي العامل الخاضع له. ولا تتحول الأدلة الأجنبية إلى قانون سعودي. وفي المرض المزمن **لا تكفي موافقة قديمة لكل تعديل**؛ فالتغير المهم في الأهداف أو المخاطر يحتاج حوارًا جديدًا.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
تحريم إلقاء النفس في التهلكة، ووجوب العدل والإحسان، وقاعدة «لا ضرر ولا ضرار»	نص قطعي	النساء: 29، والنحل: 90، والحديث المشهور
الأصل في التداوي المشروعية، وقد يجب إذا أدى تركه إلى تلف النفس أو عضو أو كان المرض متعديًا	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 67 (5/7)[12]
اعتبار أثر المرض والعلاج في الإدراك وفهم العواقب، والرجوع إلى تقدير متخصص عند الاشتباه	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 261 (6/26)[13]
عدم سلب قرار المسن لمجرد النسيان، وعدم ترك فاقد الإدراك يضر نفسه	اجتهاد المؤلف	تنزيل القرار 261[13] على قواعد الأهلية
خفض الدواء المنضبط ترشيد للوسائل لا امتناع عن التداوي	اجتهاد المؤلف	قاعدة «الضرر يزال» وقرار 67[12] في أصل التداوي
تحريم السخرية واللمز بين الزملاء	نص قطعي	الحجرات: 11
عدّ إذلال الزميل وتعطيل إحالته من الانتقاص المنهي عنه عند الضرر	اجتهاد المؤلف	تنزيل آية الحجرات على العلاقة المهنية

خلاصة عملية

اسأل في كل زيارة مثقلة: ما الذي يهم المريض خلال الأشهر القادمة؟ وما الذي يثقل حياته الآن؟ ثم قدِّم الخطر القريب على الرقم البعيد، وابنِ خطة واحدة لا أربعًا. ووثّق:

القرار المحدد وأسبابه، ودلالة كل دواء، وسؤال الإحالة ومالك نتيجتها، وموعد إعادة التقييم، وما الذي يغيّر القرار. وإذا بلغ الإرهاق حدًا يهدد سلامة المرضى، فاطلب المعونة وخفِّض العمل عالي الخطورة أو توقّف مؤقتًا مع تسليم آمن؛ فطلب المساعدة كفاءة لا ضعف.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: مسن متعدد الأمراض يتناول أربعة عشر دواءً

| **السيناريو:** رجل عمره 78 عامًا مصاب بالسكري وقصور القلب والكلية وآلام المفاصل، سقط مرتين، ويتناول 14 دواءً بينها أدوية ضغط ومسكنات ومهدئ ليلي. يقول إن أهم هدف لديه المشي إلى المسجد دون دوخة.

| **الركن الطبي:** تُصالح القائمة وتراجع وظائف الكلى والضغط ونقص السكر والسقوط، وتحدد دلالة كل دواء. يقدم خفض ما يزيد الدوخة أو السقوط مع تدرج ومراقبة، ويُنسق مع الاختصاصيين.

| **الركن الأخلاقي:** الهدف الشخصي والاستقلال الوظيفي يوازنان أهداف الأمراض المفردة. لا يعد عدد الأدوية وحده خطأ، ولا يجوز تغييرها دون مشاركة وفهم العبء.

| **الركن الفقهي:** إزالة الضرر ورفع المشقة يجيزان خفض ما رجح ضرره، مع بقاء علاج لازم لحفظ النفس. النية والمراقبة تمنع تحول الخفض إلى ترك.

| **الركن النظامي:** واجب العناية يقتضي مراجعة آمنة وتوثيق الاتفاق والتنسيق. يسجل جدول الخفض وعلامات العودة ومن يملك المتابعة.

القرار المهني الموزون: تُعقد مراجعة دوائية مشتركة مع الصيدلي عند الإمكان، ويُخفض دواء عالي الصلة بالسقوط أولًا وفق خصائصه، مع متابعة قريبة للضغط والأعراض وتحديث جميع القوائم. تُحفظ الأدوية ذات المنفعة الواضحة ما لم تظهر موانع.

ما الذي قد يغيّر القرار؟ نزف أو نقص سكر متكرر أو قصور كلوي متفاقم يسرّع التعديل؛ أما دواء ذو خطر سحب أو استطباب حديث قوي فيتطلب تدرجًا أو تنسيقًا أوسع.

الحالة الثانية: أهلية تتذبذب ورفض للأنسولين

| **السيناريو:** مريضة في الثمانين لديها خرف خفيف وعدوى بولية، ترفض الأنسولين مساءً وتقبله صباحًا. مساءً لا تدرك خطر الارتفاع وتتهم الأسرة بإيذائها، بينما تتحسن بعد العلاج والنوم.

| **الركن الطبي:** يفحص الهذيان والسكر والألم والأدوية، ويختار وقت صفاء ويبسّط الشرح. يقيم القدرة لجرعة محددة، ويبحث عن بديل ونظام أبسط.

| **الركن الأخلاقي:** الخرف لا يلغي الاستقلالية. يُدعم القرار ويُحترم ما تقرره في وقت القدرة؛ وعند عجز مؤقت تراعى أقوالها السابقة ومصلحتها بأقل تدخل.

| **الركن الفقهي:** قرار المجمع 261 يدعم تقويم الإدراك المتغير والاستعانة بالمتخصص. الضرورة تقدر بخطر الجرعة والتأخير، ولا تبرر حجرًا عامًا.

| **الركن النظامي:** يوثق تقييم الأهلية وسبب التذبذب والدعم والممثل. إذا كان الخطر عاجلًا وتعذر الإذن الصحيح يطبق الحد الضروري وفق المادة 19 ودليل الإذن.

القرار المهني الموزون: تعالج العدوى والأسباب القابلة للعكس، وتناقش الخطة في وقت صفاء مع المريضة، ويبسّط النظام. إذا عجزت في لحظة خطر شديد، يتخذ الممثل والفريق قرارًا مؤقتًا بالمصلحة، ثم تعاد إليها السلطة فور تحسنها.

ما الذي قد يغيّر القرار؟ إذا كان الرفض في وقت صفاء مستقرًا ومستنيرًا، يُحترم مع بدائل وخطة أمان. وإذا كان ارتفاع السكر بسيطًا ولا خطر قريبًا، يضيق مبرر أي تدخل قسري.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف تتكرر في عيادة الأسرة، جوابها معلوم بضابطه ولا يحتاج تحليلًا مطولًا؛ فإن اشتبك أحدها أو تعقّد رُدّ إلى الأركان الأربعة على منوال الحالات السابقة.

عيادة فوق قدرتها وطبيب مرهق. يُحصر الخطر الفوري أولًا -نتائج بلا مالك، وأدوية عالية الخطورة، ومرضى يحتاجون فرزًا -ثم يبلّغ الطبيب مسؤوله، ويخفض العمل عالي الخطورة مؤقتًا مع تسليم آمن وتقييم ودعم سري. والضابط: إخفاء قدرة غير آمنة مخالفةٌ، ومعاقبة المبلّغ بحسن نية مخالفة أخرى، والإصلاح يبدأ من تصميم العمل والحجز والحوافز لا من لوم الفرد.

حافز مالي يكافئ الكم ويعاقب الإحالة. صحة العقد وحدها لا تكفي؛ فالحافز الذي يدفع إلى تجنب المريض المعقد أو تأخير إحالة لازمة يخالف الإحسان وعدم الإضرار، وتصرف الإدارة منوط بالمصلحة. والضابط: يُعاد بناء الحافز في لوحة موزونة تجمع الوصول والسلامة والاستمرارية وتجربة المريض والتعقيد، مع آلية استثناء واعتراض شفافة، وتُحمى الإحالات اللازمة من عقوبة عددية.

أسرة تطلب أن تتلقى هي النتيجة بدل مريض قادر. المعلومة والقرار لمريض قادر ما لم يفوّض هو غيره، وتُشرك الأسرة برضاه وبالقدر الذي يأذن به. والضابط: الأسرة ممثلٌ عند العجز لا بديلٌ عند الكبر أو النسيان وحدهما؛ ويوثق تفويض المريض أو رفضه بلفظه، لا بانطباع الفريق عن «ما هو أفضل له».

إحالة رُفضت أو نتيجة حرجة بلا مالك. لا يُغلق الطلب بمجرد الرفض، ولا يُفترض أن انقطاع الخبر خبر جيد: يُسجَّل سبب الرفض، ويُصعَّد المسار ما بقي الخطر، ويُحدَّد باسمه من يتتبع كل نتيجة وفي أي مهلة. والضابط: الصمت ليس قبولًا، ومسؤولية طبيب الأسرة التنسيقية لا تنتهي بإرسال الورقة.

متابعة مريض عبر مجموعة رسائل غير رسمية. تُستخدم القنوات المعتمدة؛ فالمجموعات ليست بديلًا عن نظام إحالة آمن ولا عن السجل الرسمي. والضابط: يشارَك الحد اللازم للعلاج فقط، وتُوثَّق القرارات في السجل، ولا تُنقل بيانات المريض إلى قناة شخصية لمجرد السرعة (الفصل السابع).

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. مسن في الثامنة والسبعين يتناول أربعة عشر دواءً وسقط مرتين في الشهر الماضي. ما المدخل الصحيح؟

أ) توقف نصف الأدوية دفعة واحدة لتقليل الخطر سريعًا

ب) تُترك القائمة كما هي لأن كل دواء وصفه استشاري مختص

ج) تُجرى مصالحة كاملة تشمل ما دون وصفة والأعشاب، ويُسأل عن دلالة كل دواء وزمن منفعته وضرره، ثم يُرتَّب الإيقاف دواءً دواءً بخفض تدريجي ومؤشر متابعة وإمكان الإعادة

د) يُحال المريض إلى الصيدلية لتتولى هي ضبط القائمة

2. مريضة مسنة ترفض الأنسولين، وأهليتها تتذبذب بين الصباح والمساء. ما التصرف الصحيح؟

أ) يُؤخذ القرار من ابنها مباشرة لأن الخرف يلغي الأهلية

ب) يُنفَّذ العلاج رغمًا عنها لأن الرفض يضرها

ج) يُترك الأمر لها في كل وقت احترامًا لاستقلاليتها المطلقة

د) تُدعَم القدرة أولًا، وتُصحَّح الأسباب القابلة للعكس، ويُختبر القرار المحدد في أفضل وقت، وتُوثَّق أقوالها؛ فإن تعذّر ولم يكن عاجلًا أُجِّل أو رُجع إلى ممثل معتبر

3. مريض بالسل الرئوي النشط يقول: «التداوي مباح لا واجب، وسأعتمد على المناعة». ما الذي يصح أن تبنيه على قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7)؟

أ) الأصل في التداوي المشروعية، لكنه قد يجب إذا أدى تركه إلى تلف النفس أو كان المرض متعديًا، فيُبيَّن له ذلك ويُناقش خطره على نفسه وعلى غيره

ب) التداوي مكروه في الأصل، فيُترك المريض ورأيه دون نقاش

ج) التداوي واجب في كل مرض مهما خفّ، فيُلزم به رغمًا عنه

د) التداوي مباح دائمًا ولا يبلغ الوجوب في أي حال، فلا مسوّغ لمناقشة قراره

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) د • 3) أ

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1]NICE. Multimorbidity: clinical assessment and management, NG56, published 21 September 2016. الرابط

[2]NICE. Medicines optimisation, NG5: shared decisions and appropriate polypharmacy. الرابط

[3]World Health Organization. Medication Safety in Polypharmacy, 2019. الرابط

[4]Deprescribing interventions: umbrella review, 2024. الرابط

[5]Interprofessional incivility and patient safety: systematic review, 2023. الرابط

[6]World Health Organization. Burn-out as an occupational phenomenon in ICD-11, 28 May 2019. الرابط

[7] وزارة الصحة السعودية. دليل الإذن الطبي السعودي، 2019. الرابط

[8] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مزاولة المهن الصحية، م/59 في 1426/11/4هـ، قرار مجلس الوزراء 276 في 1426/11/3هـ. الرابط

[9]WHO Eastern Mediterranean Health Journal. Medication adherence in the Middle East: multifactorial barriers. الرابط

[10]Oxford Academic, Family Practice. Communicating diagnostic uncertainty: systematic review and ethical analysis, 2021. الرابط

[11]AHRQ PSNet. Closing the Loop: A Guide to Safer Ambulatory Referrals in the EHR Era. الرابط

[12] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، 9–14 مايو 1992م. الرابط

[13] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 261 (6/26) بشأن أثر الأمراض النفسية على الأهلية في الشريعة الإسلامية، 4–8 مايو 2025م. الرابط

[14] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام العمل، م/51 في 1426/8/23هـ، النص الرسمي الموحّد، المادة 61. الرابط

[15] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام حماية البيانات الشخصية، م/19 في 1443/2/9هـ، المعدل بم/148 في 1444/9/5هـ. الرابط

أخلاقيات الاضطرابات النفسية والعصبية

Chapter 26 -Ethics of Mental and Neurologic Illness

صِف ولا تحكم؛ وقيّد بقدر الخطر، و أنهِ القيد بزوال سببه.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

في الطوارئ وفي العيادة ستقابل مريضًا يرفض دواءً تراه ضروريًّا، وأسرةً تطلب «احتجازه حتى يشفى»، وأخرى توقف مضاد الصرع اكتفاءً بالرقية، وشابًّا يطلب علاج الإدمان وهو خائف من الفضيحة. وفي كل هذه المواقف يكون أخطر ما تفعله أن تقفز من **اسم التشخيص** إلى **الحكم**: «مريض نفسي، إذن لا رأي له».

هذا الفصل يعلّمك القاعدة المضادة: المريض النفسي أو العصبي **شخص كامل الكرامة والحقوق**، والتشخيص لا يساوي فقد الأهلية ولا يرفع المسؤولية تلقائيًّا. وما يحسم قرارك ليس اسم المرض، بل **الوظيفة والخطر والبديل الأقل تقييدًا**.

خمسة ألفاظ لا تخلط بينها

• **التشخيص:** وصف طبي لأعراض تستوفي معايير محددة. لا يثبت وحده فقد القدرة ولا رفع المسؤولية.

• **القدرة على القرار:** قدرة وظيفية سريرية على الفهم والتقدير والموازنة والتعبير في **قرار معين**. ليست حكمًا عامًّا دائمًا على الشخص.[1]

• **الأهلية:** وصف شرعي ونظامي أوسع تترتب عليه آثار في العبادات والعقود والمسؤولية. لا يقررها الطبيب منفردًا.

• **الحَجر القضائي:** تقييد قضائي لتصرفات محددة حمايةً للشخص أو ماله. لا ينشأ بتشخيص ولا بتنويم.

• **الدخول الإلزامي:** إدخال علاجي مؤقت بشروط. لا يسلب سائر الحقوق ولا يثبت حَجرًا ماليًّا.

انتبه: الجملتان الشائعتان كلتاهما خطأ: «المريض النفسي غير مكلف» و«المريض مشخَّص لكنه مسؤول بالكامل». الصياغة المهنية وصفية ومؤرخة، ثم يُترك تنزيل الحكم

للجهة المختصة.

القاعدة الحاكمة: قرار بعينه في وقت بعينه

لا تسأل «هل هذا الشخص أهل؟»، بل «**أهل لأي قرار؟ وفي أي وقت؟**». وتقوّم الوظائف الأربع المعروفة: الفهم، والتقدير، والموازنة، والتعبير عن اختيار مستقر؛ وتفصيلها في الفصل الخامس.[1] وما يميز هذا الفصل أن الاضطراب النفسي قد يعطّل وظيفة واحدة في قرار واحد ويُبقي ما سواها.

ولا يُشترط أن يختار المريض ما تفضّله أنت، والقرار غير الحكيم ليس دليلًا كافيًا على العجز. لكن الضلالة التي تجعله يعتقد أن الدواء سمٌّ وضعه متآمرون **تعطّل التقدير في قرار الدواء** مع بقائه قادرًا على قرارات أبسط.

وقبل أن تحكم بالعجز، أصلح ما يمكن إصلاحه: الألم، واللغة، وضعف السمع، والخوف، والمصطلحات المعقدة، وضغط الأسرة، وغياب النظارة أو المترجم. قدّم المعلومة في وحدات قصيرة، واطلب من المريض إعادة شرحها بطريقته، واسأله: «ماذا تظن أن يحدث لك إن رفضت؟». ثم وثّق الأدلة على كل وظيفة، لا عبارة عامة مثل «المريض غير مستبصر».[2]

ولا تنسب كل عرض إلى المرض النفسي. عند تغير السلوك أو الوعي ابدأ بسؤال طبي: هل هذا هذيان، أو نقص سكر أو أكسجة، أو عدوى، أو اضطراب شوارد، أو ما بعد نوبة صرعية، أو تسمم أو انسحاب؟ فحجز شخص بحجة «هياج نفسي» وهو مصاب بهذيان أو تسمم خطأ طبي وأخلاقي.[3]

الخطر والتدخل الأقل تقييدًا

الخطر احتمال ضرر تحدده الوقائع وشدته وقربه وإمكان منعه؛ ولا يثبت بمجرد غرابة السلوك أو رفض المريض رأيك. وفي تقويم الانتحار: السؤال المباشر عن الفكرة **لا «يزرعها»**، ولا يكفي أن تكتب «الخطر مرتفع»؛ المطلوب صياغة خطر فردية وخطة أمان فيها علامات الإنذار وتقليل الوسائل وأشخاص الدعم وموعد المتابعة. و«تعهد عدم الانتحار» لا يحل محل خطة الأمان.[4]

وكل تقييد أو عزل يحتاج **سطر تبرير مكتوبًا**: ما الخطر المحدد؟ ما البدائل التي جُرّبت أو لم تكفِ؟ ما الوسيلة الأخف؟ ما مدتها؟ ومن أمر بها وبأي صلاحية؟ ومتى تُراجع؟ ولا يستعمل العزل أو التقييد للعقاب أو لراحة الطاقم أو لنقص الكادر.[5]

الأساس الشرعي

المقصد الجامع حفظ النفس والعقل والنسل والعرض والمال مع كرامة الإنسان: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ﴾، ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾. وتعمل قواعد: الضرر يزال، والضرورات تقدر بقدرها، والمشقة تجلب التيسير.

وفي حديث رفع القلم عن ثلاثة: «المجنون حتى يعقل».[6] وعلى ما قرره الفقهاء في تفاوت عوارض الأهلية (كالجنون المطبق والمتقطع والعته) لا يلحق هذا الوصف بكل اضطراب، ولا يثبت على الدوام. وميّز الفقهاء بين **أهلية الوجوب** (قابلية ثبوت الحقوق، ولا تزول لمجرد الاضطراب: كرامته وملكيته وحقه في العلاج باقية) و**أهلية الأداء** (صلاحية صدور التصرف معتدًّا به، وقد تبقى أو تنقص أو تزول في قرار وزمن معينين).

وقرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار رقم 67 (5/7)** أن «الأصل في حكم التداوي أنه مشروع»، وأنه «يشترط إذن المريض للعلاج إذا كان تام الأهلية، فإذا كان عديم الأهلية أو ناقصها اعتبر إذن وليه» في حدود مصلحة المولى عليه. وقرر أيضًا ألا يُعتد برفض الولي إذا كان واضح الضرر، وألا يتوقف الإسعاف المنقذ على الإذن؛ وتفصيل الإذن وترتيب الأولياء في الفصل الخامس.[7] وقرر المجمع في **القرار رقم 79 (10/8)** أن «الأصل حظر إفشاء السر»، ويُستثنى ما يكون ضرر كتمانه أرجح أو في إفشائه مصلحة راجحة، على أن تحدد الأنظمة كيفية الإفصاح ولمن يكون؛ وتفصيله في الفصل السابع.[8]

والرقية بالقرآن والأدعية المشروعة سبب مشروع، والتداوي أخذ بالأسباب، ولا تعارض بينهما: «تداووا عباد الله».[9] وشروطها التي اتفق عليها أهل العلم ثلاثة: ألا تشتمل على شرك أو محرم، وأن تكون بكلام معروف المعنى، وأن يُعتقد أن الشفاء بإذن الله. أما **مسّ الجن** فإمكانه ثابت عند جمهور أهل العلم، لكن ذلك لا يحوّله إلى تشخيص طبي؛ فلا تكتب «ممسوس» في الملف، ولا تسخر من معتقد المريض، وشخّص ما يدعمه الدليل.[10]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
الرعاية النفسية، المادة 9	حقوق المريض وسريته والرقية والعزل[11]
اللائحة التنفيذية، القاعدة 9/9	عناصر القدرة على القرار[12]

الرعاية النفسية، المادة 10	الدخول اختياري بموافقة خطية
الرعاية النفسية، المادة 13	شروط الدخول الإلزامي الثلاثة[11]
الرعاية النفسية، المادة 14	المدد والتظلم وانتهاء القيد
المزاولة، المادة 19	الرضا أصل العمل الطبي[13]
المزاولة، المادة 21	استثناءات السر المهني
المخدرات، المادة 51	سرية تامة لهوية المدمن[14]
الأحوال الشخصية، 104 و105	العلة المضرة وآثار الفسخ[15]

ومسارات الدخول ليست واحدة، فلا تضع كل حالة في خانة «الإلزام»:

• **المادة 10:** دخول اختياري بموافقة خطية، وله الخروج إلا إذا طرأت شروط الإلزام.

• **المادة 11:** دخول إسعافي مؤقت بحد أقصى اثنتين وسبعين ساعة.

• **المادة 12:** تحفظ إلزامي مؤقت لا يتجاوز ثماني ساعات في غياب الطبيب.

• **المادة 13:** دخول إلزامي بثلاثة شروط مجتمعة. الأول: دلائل واضحة على **اضطراب نفسي شديد** تمثل أعراضه خطرًا على النفس أو الآخرين وقت المعاينة أو احتمالًا كبيرًا له. والثاني: أن يكون الدخول **لازمًا** للشفاء أو التحسن أو إيقاف التدهور. والثالث: اعتماد ذلك **خطيًّا من طبيبين نفسيين** في نموذج موقّع.[11]

• **المادة 14:** اثنتان وسبعون ساعة أولًا، ثم بحد أقصى ثلاثون يومًا، ثم تسعون يومًا، ثم تمديدات لا تتجاوز مئة وثمانين يومًا؛ **وينتهي الدخول فور زوال سببه ولو لم تنتهِ المدة.**

• **المادة 17:** رعاية علاجية إلزامية خارج التنويم حتى مئة وثمانين يومًا قابلة للتجديد.

• **المادة 16:** إبلاغ مجلس المراقبة المحلي بحالات الدخول الإلزامي خلال ثمانٍ وأربعين ساعة عمل.

ولطالب علاج الإدمان مسار خاص. فالمادة 42 من نظام مكافحة المخدرات تمنع إقامة الدعوى بسبب التعاطي إذا تقدّم الشخص أو أحد أقاربه المحددين طالبًا العلاج وفق شروطها. والمادة 51 تنص على أن «يعالج المدمن بسرية تامة، ويجب التكتم على هويته وأي معلومة تتعلق به»، وترتّب على الإفشاء سجنًا لا يزيد على ثلاثة أشهر أو غرامة

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

لا تزيد على ثلاثين ألف ريال.[14]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
كرامة الإنسان وتحريم قتل النفس	نص قطعي	الإسراء: 70، والنساء: 29
رفع التكليف عن المجنون حتى يعقل	نص (حديث صحيح)	حديث «رفع القلم عن ثلاثة»[6]
الاضطراب لا يزيل أهلية الوجوب، وقد ينقص أهلية الأداء في قرار وزمن معينين	قول فقهي مبني على تقسيم الأصوليين للأهلية وعوارضها	تفريق الفقهاء بين أهلية الوجوب والأداء، وتنزيله على الاضطرابات المعاصرة اجتهاد
اشتراط إذن المريض تام الأهلية، واعتبار إذن الولي بحدود المصلحة، وعدم توقف الإسعاف على الإذن	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 67 (5/7)[7]
الأصل حظر إفشاء السر، ويُستثنى ما ضرر كتمانه أرجح	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 79 (10/8)[8]
مشروعية الرقية بشروطها الثلاثة وعدم معارضتها للتداوي	قول راجح (اتفاق أهل العلم)	حديث «تداووا»[9]
إمكان مسّ الجن للإنسان	قول جمهور أهل العلم	فتوى الشيخ ابن باز[10]، مع أن ذلك ليس تشخيصًا طبيًا

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **من التشخيص إلى الأهلية دفعةً واحدة:** أخطر خطأ في هذا الفصل كله.
- **من الخلاف العلاجي إلى التنويم:** طلب الأسرة، أو غياب البصيرة وحده، أو تشخيص سابق -لا شيء منها يستوفي المادة 13.
- **في السرية طرفان:** وعدٌ بالصمت أمام خطر وشيك، أو تسليم الملف كله عند تحقق الاستثناء. الصواب: أقل معلومة، لجهة قادرة على الحماية، مع التوثيق.
- **العبارات المطلقة:** «فاقد الأهلية دائمًا»، «صالح للزواج»، «لن ينتكس». اكتب وصفًا مؤرخًا محدودًا بالغرض.
- **في التقارير الوظيفية:** كشف التشخيص بدل ذكر القدرة والقيود والمدة وموعد المراجعة.

خلاصة عملية

أمّن السلامة، ثم استبعد السبب العضوي أو السمي، ثم صُغ القرار المطلوب في جملة محددة وقوّم القدرة له بعد الدعم. ثم صف الخطر بوقائعه، واختر **أقل تدخل فعال**، واذكر سندك: موافقة، أو ممثل مخوّل، أو طوارئ، أو شروط دخول إلزامي، أو استثناء سرية محدد. ثم وثّق وحدد من يراجع القرار ومتى ينتهي القيد. والقاعدة التي تنجيك: **صِف ولا تحكم؛ وقيّد بقدر الخطر، و أنهِ القيد بزوال سببه.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالات الآتية مستفادة من مادة المصدر بعد تهذيبها وربطها بالدليل والنصوص النافذة. وهي للتعليم؛ فالوقائع الحقيقية قد تغير القرار، وتتطلب سياسة المنشأة والاختصاص النظامي.

القواعد الحاكمة لهذا الباب. خمس قواعد تحكم الحالات الآتية: التشخيص لا يحسم القرار وإنما تحسمه الوظيفة والخطر؛ والقدرة تُقوَّم لقرار بعينه في وقت بعينه ولا تُنفى لمجرد رفض المريض رأي الطبيب؛ والإكراه استثناء مؤقت لا يبدأ إلا بعد استنفاد الأخف وينتهي بزوال سببه؛ والسر هو الأصل، والإفصاح استثناء موجّه بقدر المعلومة وللجهة القادرة على الحماية؛ والطبيب يصف ولا يحكم، فالحَجر والفسخ والمسؤولية الجزائية للجهة القضائية.

أين يقع الخطأ عادةً؟ في أربعة مواضع تتكرر: أن يُنقل الحكم من التشخيص إلى الأهلية دفعةً واحدة؛ وأن يُقفز من الخلاف العلاجي أو طلب الأسرة إلى التنويم الإلزامي من غير تحقق شروط المادة الثالثة عشرة؛ وأن يتحول وعد السرية إلى صمت أمام خطر وشيك، أو يتحول استثناء الخطر إلى تسليم الملف كله؛ وأن يكتب الطبيب عبارة مطلقة -«فاقد الأهلية دائمًا» أو «صالح للزواج» أو «لن ينتكس» -بدل وصف مؤرخ محدود بالغرض.

الحالة الأولى: اكتئاب شديد ورسائل وداع مع طلب السرية

| **السيناريو**. طبيبة في منتصف العمر تعاني اكتئابًا شديدًا، وتخبر زميلها أنها فكرت في إنهاء حياتها وكتبت رسائل وداع، وتطلب ألا يعلم أحد خوفًا من وصمة الأسرة وجهة العمل. ترفض التنويم لكنها تقبل الحديث.

السؤال الحاسم. كيف يحفظ الطبيب السرية مع وجود مؤشرات خطر على الحياة؟ وهل رفض التنويم دليل على فقد القدرة؟

| **الركن الطبي**. تجرى مقابلة هادئة ومباشرة عن الفكرة والخطة والوسيلة والتوقيت والتحضير والمحاولات السابقة والمواد والذهان والألم والدعم. وتفحص الحالة الجسدية والأدوية. لا يكفي حساب مقياس أو وصف الخطر بـ«مرتفع»؛ تصاغ علاقة الرسائل والنية والوسيلة بالعوامل الواقية،

وتبنى خطة أمان [4]. يحدد أيضًا هل تفهم المريضة خيار التنويم وبدائله وعواقب الرفض؛ فالاكتئاب أو طلب الخروج لا يسقطان القدرة تلقائيًا.

إذا كان الاكتئاب مهددًا للحياة، كامتناع شديد عن الطعام والشراب، أو احتاجت الحالة استجابة سريعة، أو لم تنجح علاجات مناسبة، فقد يناقش الفريق المتخصص التخليج الكهربائي ضمن الخيارات لا بوصفه نتيجة تلقائية لرفض التنويم. تُشرح المنافع والمخاطر والبدائل والآثار المعرفية وخطر عدم العلاج، وتوثق القدرة والموافقة ومراقبة الاستجابة [19].

| **الركن الأخلاقي**. السرية مهمة لحمايتها من الوصمة واستمرارها في العلاج، لكن الالتزام بها ليس وعدًا بالصمت أمام موت محتمل. يبدأ الطبيب بمحاولة الحصول على موافقتها لإشراك شخص تختاره، ويشرح أن الإفصاح ـ إن لزم ـ سيكون محدودًا للحماية لا لنشر التشخيص. وتحفظ معلوماتها عن جهة العمل ما لم يوجد غرض نظامي أو خطر وظيفي محدد لا يمكن منعه ببديل أخف.

| **الركن الفقهي**. حفظ النفس مقدم عند خطر وشيك، وقرار المجمع رقم 79 يستثني من السر حالات يكون ضرر الكتمان فيها أشد [8]. ولا يلام المكتئب أو يوعظ وحده؛ المرض مؤثر يحتاج رحمة وعلاجًا. ويكون كشف السر بقدر الضرورة ولمن يستطيع إزالة الخطر، لا للأقارب جميعًا.

| **الركن النظامي**. تتيح الفقرة المتعلقة بالسرية في المادة التاسعة الإفصاح عند احتمال قوي لضرر خطير على النفس أو الغير، وتطبق شروط الدخول الإلزامي إذا وجدت دلائل اضطراب شديد وخطر وضرورة دخول واعتماد الطبيبين [11]. إذا بقيت قادرة ووجد بديل خارجي آمن بالفعل، لا يفرض التنويم لمجرد الحذر. وإذا كان الخطر قريبًا ولا تكفي البدائل، يسلك الدخول الإسعافي أو الإلزامي وفق مواده ونماذجه.

القرار المهني الموزون. لا يترك اللقاء قبل تأمين السلامة. تُنجز صياغة خطر وخطة أمان، وتُقلل الوسائل، ويُتفق على شخص موثوق ومتابعة قريبة وعلاج فوري. إذا دلت الوقائع على خطر قريب وتعذر ضمان السلامة خارجيًا، يُتخذ مسار الدخول النظامي رغم الرفض، مع إبلاغها بالأسباب والحقوق. وبعد الاستقرار تختار الخطة العلاجية الأنسب، وقد تشمل علاجًا دوائيًا ونفسيًا أو التخليج الكهربائي عند استطبابه وضماناته. يقتصر الإفصاح على ما يحتاجه الشخص أو الجهة الحامية، ولا تبلغ جهة العمل بالتشخيص لمجرد الوصمة أو الفضول.

الحالة الثانية: ذهان حاد وتهديد محدد ورفض العلاج

| **السيناريو**. رجل في نوبة ذهانية حادة يعتقد أن جاره يراقبه، ويذكر خطة محددة لمهاجمته، ويحمل أداة يمكن استعمالها في الاعتداء. يرفض العلاج لأنه يرى أن الفريق جزء من المؤامرة، وتطلب أسرته «احتجازه حتى يشفى».

السؤال الحاسم. هل تتحقق شروط التدخل الإلزامي، وما حدود القوة والإفصاح والمدة؟

| **الركن الطبي**. يبدأ تأمين المكان وإبعاد الوسيلة وطلب فريق مدرب، مع استبعاد تسمم أو هذيان أو سبب عصبي. تُفحص طبيعة الضلالة، وتحديد الهدف والخطة والوسيلة والتوقيت، وسوابق

العنف، والمواد، والقدرة على ضبط الفعل. رفضه مرتبط على الأرجح بضلالة تعطل تقدير الحاجة للعلاج، لكن ذلك يوثق وظيفيًا. يبدأ خفض التصعيد وعرض خيارات، ثم دواء عاجل أو تقييد فقط إذا لم تكف الوسائل الأخف لحماية الحاضرين.

| **الركن الأخلاقي**. هنا تتراجع حرية الاختيار مؤقتًا أمام خطر محدد وقدرة متأثرة، بشرط ألا يتحول ذلك إلى إذلال أو عقاب. الأسرة لا تحدد مدة الاحتجاز؛ الضرورة السريرية والنظام هما المعيار. ويجب إخبار المريض بما يجري بلغة بسيطة، واحترام جسده واحتياجاته، ومراجعته بعد الهدوء وإعادته إلى القرار.

| **الركن الفقهي**. حفظ النفس ودفع الضرر يجيزان منع المعتدي المحتمل بالقدر اللازم، و«الضرورات تقدر بقدرها». كما يجيز قرار السر الإفصاح لدفع مفسدة راجحة [8]. ولا يعني اضطراب الشخص إهدار حرمته أو ضمانه لكل ما قد يحدث؛ المقصود منع الضرر ومعالجة السبب مع إنصافه.

| **الركن النظامي**. تتوافر ظاهريًا عناصر المادة الثالثة عشرة: دلائل اضطراب شديد، وخطر حالي أو احتمال كبير على الغير، وضرورة الدخول لتحسين الحالة أو وقف تدهورها، على أن يعتمد ذلك طبيبان نفسيان كتابة [11]. في الطوارئ يسلك الإدخال الإسعافي وفق المادة الحادية عشرة، ثم تستكمل الإجراءات. ويجوز الإفصاح المحدود للجهة الرسمية أو الشخص القادر على الحماية بحسب الحاجة والسند، مع إبلاغ مجلس المراقبة وحق المريض في التظلم وإنهاء الدخول بزوال السبب.

القرار المهني الموزون. تأمين فوري، وخفض تصعيد، وإزالة الوسيلة، وتقييم طبي ونفسي موثق. يبدأ مسار الدخول الإسعافي ثم الإلزامي إن أكد الطبيبان الشروط. أي دواء عاجل أو تقييد يكون بالأقل والأقصر مع مراقبة. يبلغ من يلزم لحماية الهدف بقدر المعلومة الضرورية، ولا توزع تفاصيل التشخيص. تُراجع شروط الدخول دوريًا، ويحول إلى اختياري ويشرك في الخطة بمجرد عودة القدرة وزوال الخطر.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

نوبة هوس وتصرفات مالية مدمرة وطلب حَجر دائم. لا يكتب الطبيب «فاقد الأهلية دائمًا»؛ بل تقريرًا مؤرخًا يصف الخلل زمن النوبة، والحالة الراهنة، وما يستطيعه وما يحتاج فيه دعمًا. والحَجر تقدره الجهة القضائية عند موجبه ويقدر بقدره: سقف للتحويل، أو مستشار مالي مأمون، أو توكيل مضبوط في زمن الاستقرار، أو منع مؤقت أثناء النوبة، قبل الانتقال إلى قيد أوسع؛ ويعاد النظر متى عادت الوظائف.

«مسّ الجن» ورقية مصحوبة بالضرب و إيقاف الدواء. يوقف الإيذاء فورًا، وتفحص الإصابات والتسمم، ويستأنف العلاج المناسب. ولا يثبت الطبيب المسّ ولا ينفيه بصفته المهنية ولا يجادل الأسرة فيه؛ بل يشخّص الصرع أو الذهان أو الهذيان ويعالج ما يدعمه الدليل. والقراءة المشروعة تُمكَّن إذا اختارها المريض وكانت آمنة. والضابط: تمكين منضبط بالتنسيق «دون تجاوز ذلك بأي فعل»، والإيذاء ليس رقية محمية بل موجب حماية وتبليغ.

طلب «شهادة صلاحية للزواج» لمريض مستقر. يرفض الطبيب الوعد بعدم الانتكاس؛ فالمرض المزمن قد ينتكس ولا يملك أحد ضمانه. ويكتب -بموافقة مريضه وللغرض المحدد -أن المريض مستقر سريريًا منذ مدة كذا، ملتزم بعلاجه، يفهم طبيعة عقد الزواج ويعبر عن رضاه، مع بيان الاحتياجات وعوامل الإنذار المبكر. والضابط: وصف مؤرخ محدود بالغرض، لا عبارة «صالح» أو «غير صالح»، ولا تسليم الملف للأسرة.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. مريض في نوبة ذهانية يعتقد أن الدواء سمٌّ وضعه متآمرون، ويرفضه. ما التكييف الأدق لقدرته؟

أ) الضلالة قد تعطّل التقدير في قرار الدواء تحديدًا مع بقاء قدرته على قرارات أبسط

ب) كامل القدرة لأن له حق رفض العلاج

ج) فاقد الأهلية بالكامل لأن التشخيص ذهان

د) تُعلَّق القدرة حتى يصدر حكم قضائي بالحَجر

2. تطلب أسرة تنويم ابنها إلزاميًّا لأن له تشخيصًا سابقًا بالفصام ويرفض الدواء، وهو هادئ عند المعاينة ولا قرينة على خطر قريب. هل تستوفي الحالة المادة الثالثة عشرة؟

أ) نعم، لأن طلب الأسرة مع تشخيص سابق كافٍ إذا وافق مدير المنشأة

ب) لا؛ فالمادة تشترط اضطرابًا شديدًا يمثل خطرًا أو احتمالًا كبيرًا له وقت المعاينة، ولزوم الدخول، واعتماد طبيبين نفسيين خطيًّا، ورفض الدواء وحده لا يستوفيها

ج) نعم، لأن رفض العلاج مع غياب البصيرة يثبت الخطر ضمنًا

د) لا، لكن يجوز تحفظه إلزاميًّا لثلاثين يومًا بتوقيع الطبيب المعالج ريثما يُقنع

3. مريضة قادرة تعاني اكتئابًا شديدًا وتخبرك بأنها كتبت رسائل وداع، وتطلب ألا يعلم أحد. ما الأصح؟

أ) يُلتزم الصمت التام وفاءً بالوعد ما دامت قادرة

ب) يُبلَّغ صاحب العمل والأسرة كاملةً لضمان مراقبتها

ج) تُبنى صياغة خطر وخطة أمان، ويُسعى لموافقتها على إشراك شخص تختاره، فإن تعذّر ضمان السلامة سُلك المسار النظامي مع إفصاح محدود لجهة قادرة على الحماية

د) يُؤجَّل القرار إلى الزيارة القادمة لأن رفضها التنويم نافذ

مفتاح الإجابات

1) أ • 2) ب • 3) ج

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1]Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007;357:1834–1840. doi:10.1056/NEJMcp.074045

[2]Francis LP, et al. Supported decision-making interventions in mental healthcare: a systematic review. Health Expect. 2024;27:e70134. doi:10.1111/hex.70134. PubMed

[3]World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 3.0. 20 November 2023. المصدر الرسمي

[4]National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NICE Guideline NG225. Published 7September 2022; reviewed 16August 2024. الرابط

[5]Gooding P, et al. Alternatives to coercion in mental health settings: a systematic review and umbrella review. 2020. PubMed

[6] سنن أبي داود، كتاب الحدود، حديث «رفع القلم عن ثلاثة»، رقم 4403؛ وصححه عدد من أهل الحديث.

[7] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي؛ الدورة السابعة بجدة، 7–12 ذي القعدة 1412هـ الموافق 9–14 مايو 1992م. المصدر الرسمي

[8] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية؛ الدورة الثامنة ببروناي، 1–7 محرم 1414هـ الموافق 21–27 يونيو 1993م. المصدر الرسمي

[9] سنن أبي داود، كتاب الطب، باب في الرجل يتداوى، حديث «تداووا»، رقم 3855؛ وجامع الترمذي رقم 2038.

[10] عبدالعزيز بن عبدالله بن باز. «هل يدخل الجان في الإنسان؟ وما الدليل؟». الموقع الرسمي. المصدر الرسمي

[11] المملكة العربية السعودية. نظام الرعاية الصحية النفسية؛ المرسوم الملكي م/56 بتاريخ 1435/9/20هـ، وقرار مجلس الوزراء 366 بتاريخ 1435/9/10هـ؛ حالة النظام: ساري عند تاريخ القطع. المصدر الرسمي

[12] وزارة الصحة السعودية. اللائحة التنفيذية لنظام الرعاية الصحية النفسية، الإصدار الثالث، 1442هـ/2021م. المصدر الرسمي

[13] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية؛ المرسوم الملكي م/59 بتاريخ 1426/11/4هـ، وقرار مجلس الوزراء 276 بتاريخ 1426/11/3هـ؛ حالة النظام: ساري عند تاريخ القطع. المصدر الرسمي

[14] المملكة العربية السعودية. نظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية؛ المرسوم الملكي م/39 بتاريخ 1426/7/8هـ؛ حالة النظام: ساري عند تاريخ القطع. المصدر الرسمي

[15] المملكة العربية السعودية. نظام الأحوال الشخصية؛ المرسوم الملكي م/73 بتاريخ 1443/8/6هـ، وقرار مجلس الوزراء 429 بتاريخ 1443/8/5هـ؛ المادتان 104 و105؛ حالة النظام: ساري عند تاريخ القطع. المصدر الرسمي

[16]International League Against Epilepsy. Updated classification of epileptic seizures: Position paper of the ILAE. Epilepsia. 2025. doi:10.1111/epi.18338. الرابط

[17]World Health Organization. Epilepsy: fact sheet. المصدر الرسمي

[18]Alkhamees HA, et al. The beliefs among patients with epilepsy in Saudi Arabia about the causes and treatment of epilepsy and other aspects. Epilepsy Behav. 2015;53:135–139. doi:10.1016/j.yebeh.2015.10.008. PubMed

[19]National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. NICE Guideline NG222, recommendations 1.13.1– 1.13.6on electroconvulsive therapy. Published 29June 2022; exceptional surveillance January 2026. الرابط

أخلاقيات طب الأعصاب وجراحة الأعصاب

Chapter 27 -Ethics in Neurology and Neurosurgery

لا يصح أن يحل الحماس التقني محل الدليل.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

الدماغ عضو جسدي، لكنه في الوقت نفسه وسيط الوعي والذاكرة والشخصية واللغة والاختيار. ولهذا يكون الخطأ فيه -في التشخيص أو الموافقة أو استعمال البيانات -أوسع أثرًا من ضرر تقني عابر.

وأنت في العناية والطوارئ وجراحة الأعصاب ستقف أمام أسئلة لا يحسمها الجهاز: مريض لا يستجيب وأسرة تسأل «هل يسمعنا؟»، ومريض مجهول ينزف ولا ممثل له، وجهاز مزروع تحسّن به المريض بينما تقول أسرته «لم يعد الشخص نفسه». والسؤال الصحيح ليس **هل نستطيع؟** بل: ما الدليل؟ ومن يقرر؟ وما الذي ستفعله التقنية بالشخص؟ ومن يصون بياناته وجهازه بعد سنوات؟

المفاهيم: تميزات تمنع الكوارث

• **غياب الاستجابة ليس غياب الوعي.** قد يكون سببه شللًا أو حبسة أو اعتلال أعصاب أو دواء.

• **الغيبوبة** لا يقظة ولا استجابة هادفة. **اليقظة غير المستجيبة** دورات يقظة ونوم بلا دليل سلوكي متكرر على الوعي. **الوعي الأدنى** علامات قليلة لكنها واضحة وقابلة للتكرار. **الانفصال المعرفي الحركي** استجابة معرفية للأوامر في التخطيط أو التصوير الوظيفي بلا استجابة حركية. **المنحبس** وعي محفوظ مع شلل شديد. **والموت بمعايير عصبية** تشخيص مستقل ببروتوكول صارم -لا تستعر لفظه لوصف إنذار شديد.[1]

• **الخطر الوراثي ليس تشخيصًا، وتحسّن الأداء في تجربة قصيرة ليس منفعة واقعية طويلة، والبيانات العصبية ليست أفكارًا مقروءة، والاستشارة الأخلاقية ليست إذنًا تنظيميًّا ولا فتوى ولا حكمًا قضائيًّا.**

• **العلاج** إزالة مرض أو تخفيف أعراضه. **التأهيل** استعادة وظيفة مفقودة أو

تعويضها. **التعزيز** رفع قدرة شخص سليم فوق مستواه المعتاد -ويستوجب حذرًا أعلى من الإكراه وعدم المساواة والسلامة والهوية. والجهاز نفسه لا يحدد الحكم؛ تحدده حالة الشخص والغاية والدليل والمخاطر.

القاعدة الحاكمة: تشخيص متكرر لا لقطة واحدة

في المريض غير المستجيب ابدأ باستبعاد ما يحجب الاستجابة: المهدئات، والصرع غير الاختلاجي، والاضطراب الاستقلابي، والعدوى، واضطراب الحرارة، والحبسة، والشلل، ومشكلات السمع والبصر، والألم والإرهاق. ثم كرّر الفحص في أوقات مختلفة بفريق مدرب، وفضّل مقياسًا معياريًّا. **ووثّق السلوك الخام**: «لم يستجب» أقل قيمة بكثير من وصف الأمر وعدد المحاولات وحركة العين أو الطرف وقابليتها للتكرار.[1]

والأرقام تفسّر سبب هذا الحذر. ففي دراسة Schnakers وزملائه سنة 2009 أظهر مقياس CRS-R علامات وعي لدى **18 من 44 مريضًا** شُخّصوا سريريًّا بحالة إنباتية أو يقظة غير مستجيبة، أي 41% في تلك العينة.[2] وبيّنت دراسة متعددة المراكز في New England Journal of Medicine سنة 2024 ظهور الانفصال المعرفي الحركي لدى **60 من 241 مشاركًا** بلا استجابة سلوكية للأوامر، أي قرابة 25%.[3]

انتبه: الاختبار الإيجابي لا يعني قدرة كاملة على القرار، والسلبي لا ينفي الوعي؛ فالمهمة نفسها تحتاج سمعًا ولغة وانتباهًا وذاكرة عاملة. وإشارة «نعم/لا» واحدة **بداية تقييم لا نهايته**.

الموافقة كلما اقتربت من الدماغ

في جراحة الأعصاب لا يكفي توقيع على خطر النزف والعدوى. اشرح **الهدف الواقعي** وحدوده واحتمال عدم الاستئصال الكامل، و**العجز العصبي النوعي** المحتمل في اللغة أو الذاكرة أو الرؤية أو الحركة أو الشخصية، والبدائل بما فيها المراقبة، وعدم اليقين. وافصل موافقة العلاج عن موافقة التصوير والتعليم والبحث واستعمال النسيج؛ فرفض أحدها لا يحرم المريض من العلاج المعتاد.

والتشخيص لا يسقط الأهلية بذاته: مريض الصرع أو الورم أو باركنسون أو الحبسة لا يفقدها بمجرد التشخيص، وقد يعود كامل القدرة بين النوبات. وفي المقابل قد يحجب الورم الجبهي أو الهذيان أو ارتفاع الضغط داخل الجمجمة **القدرة على تقدير الخطر رغم كلام متماسك**. واستعمل مترجمًا أو لوحة أو تتبّع عين قبل الحكم بالعجز.

وفي الأجهزة المزروعة المو افقة دورة حياة لا توقيعًا واحدًا. اسأل قبل الزرع: أهو استطباب علاجي أم بحثي؟ وفي التدريب: من يملك البيانات الخام والنموذج؟ وفي الاستعمال: من يضبط التحفيز أو الرسالة؟ وهل توجد مفاتيح إيقاف وسجلات تدقيق؟ وفي التحديث: هل تغيّرت الوظيفة أو المخاطر؟ وبعد البحث: من يدفع المتابعة والبطارية والإصلاح، وماذا لو أفلست الشركة؟[4]

التنبؤي والتعزيز

الاختبار التنبؤي يقدّر خطر مرض لاحق في شخص بلا أعراض، وقد يمسّ أسرته من غير أن يتيح علاجًا مانعًا؛ فيلزمه مسار استشارة قبله وبعده وحماية من التمييز. وتوجب التوصيات المتخصصة اختبار الشخص نفسه لا عينة أرسلها قريب، وعدم الإفصاح للأسرة أو صاحب العمل أو التأمين بلا مسوّغ.[5] **ولا يتحول اختبار تنبؤي إلى فحص لياقة بطلب جهة عمل.**

والتعزيز المعرفي ليس امتدادًا تلقائيًّا للعلاج. ففي تحليل تجميعي لـ47 دراسة سنة 2020 كانت آثار modafinil و methylphenidate صغيرة ومحصورة، ولم يظهر أثر لـ d-amphetamine في المجالات المجموعة.[6] فإذا طلب زميلك منشطًا ليتحمّل مناوبة ممتدة، فابحث عمّا وراء الطلب: اضطراب نوم أو فرط حركة قلق أو اكتئاب أو تعاطٍ وعالجه بوصفه مرضًا ولا يُعالَج نظام عمل غير آمن بدواء يُحمِّل الفرد مخاطرته.

حفظ الأدلة: خمسة مبادئ

- **العلاج أولًا:** لا تؤخر فتح مجرى الهواء أو إيقاف النزف لجمع صورة أو عينة.
- **الأصل محفوظ:** لا تعدّل الملف أو الصورة أو سجل الجهاز؛ اعمل على نسخة موثقة.
- **السلسلة ظاهرة:** من جمع، ومتى، وأين، وكيف خُزّن، ولمن نُقل، ولماذا.
- **الحد الأدنى الضروري:** المواد ذات الصلة فقط، مع حفظ الخصوصية.
- **الحياد:** وصف لا اتهام؛ والمشاهدة منفصلة عن رواية المريض أو الشرطة وعن الاستنتاج.

وأكثر الأدلة هشاشة هو **الزمن**: مستوى الوعي قبل المهدئ، وحدقة العين قبل التدخل، وموقع الجرح قبل التنظيف، وصورة قبل تفريغ الضغط، ومعلمة التحفيز قبل إعادة البرمجة.[7]

الأساس الشرعي

﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾، ﴿وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ﴾، ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَى أَهْلِهَا﴾. وتجمع هذه النصوص منع الإضرار، ووجوب التثبت، وأمانة السر والدليل والقرار. وتحكم قواعد فقهية كلية: «اليقين لا يزول بالشك»، ومقتضاها ألا يُرفع حكم الحياة أو الأهلية بادعاء غير محقق؛ و«الضرر يزال»؛ و«الضرورة تقدر بقدرها»؛ و«المشقة تجلب التيسير» فتُطلب وسيلة تواصل لذوي العجز.

وأربعة قرارات لمجمع الفقه الإسلامي الدولي تخصّك هنا:

• **رقم 67 (5/7)** بشأن العلاج الطبي: «الأصل في حكم التداوي أنه مشروع»، وإذن المريض معتبر إذا كان تام الأهلية، وإذن الولي مقيّد بمنفعة المولى عليه، **والإسعاف الخطر لا يتوقف على الإذن**؛ وتفصيل الإذن في الفصل الخامس. وفيه أن الحالة الميؤوس منها تُقدَّر بحسب الأطباء وإمكانات الطب والزمان والمكان.[8]

• **رقم 17 (5/3)** بشأن أجهزة الإنعاش: العلامة العصبية معلَّقة على أن «تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلًا نهائيًّا». ومقتضى ذلك أنه لا ينطبق على الغيبوبة ولا الوعي الأدنى ولا اليقظة غير المستجيبة، **ولا يصح تسويغ رفع الأجهزة بعبارة «مخه متضرر جدًّا»**. وفي اعتبار موت الدماغ موتًا شرعيًا خلاف معتبر بين المعاصرين، وتفصيله في الفصل الخامس والأربعين.[9]

• **رقم 184 (10/19)** بشأن الإذن في العمليات المستعجلة: ومن ضوابطه شرح خطورة الحالة وآثار الرفض وتوثيقه، وبذل جهد للإقناع، ومراجعة فريق من ثلاثة استشاريين في الحالات المستعجلة التي تستوفي سياقه. والأقرب في تنزيله، بضميمة ما في القرار 67 عن الإسعاف، أن الطارئ الفوري لا ينتظر تشكيل لجنة تعطّل الإنقاذ.[10]

• **رقم 79 (10/8)** بشأن السر في المهن الطبية: «الأصل حظر إفشاء السر»، ويُستثنى ما يدفع ضررًا يفوق ضرر الكتمان؛ وتفصيله في الفصل السابع. والأقرب عندي أن ذلك يشمل البيانات العصبية والوراثية وسجلات الأجهزة، وأن الإفصاح للجهة العدلية **لا يعني تسليم كامل الملف**.[11]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره

المزاولة، المادة 15	العناية في التشخيص والاستعانة بالمختص
المزاولة، المادة 19	الرضا، واستثناء الطوارئ[12]
المزاولة، المادة 11	الإبلاغ عند اشتباه إصابة جنائية
المزاولة، المادة 21	السر أصل، واستثناءات محددة
المزاولة، المادة 27	التجريب والأجهزة خطأ مهني
أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية	ترخيص مسبق وحماية ناقصي الأهلية[13]
الأجهزة والمستلزمات الطبية، المادة 8	التسجيل والإذن بالتسويق
حماية البيانات الشخصية	البيانات الصحية حساسة، وتقليل الجمع[14]
الإثبات، المادة 53	تعريف الدليل الرقمي

وتنتبه هنا إلى ثلاثة أمور تنفيذية. الأول: تعدّ المادة السابعة والعشرون من الخطأ المهني إجراء **عملية تجريبية خلاف القواعد**، أو بحثًا غير معتمد، أو استخدام جهاز دون علم كافٍ أو احتياطات. والثاني: لا تكفي موافقة لجنة البحث لجهاز تجريبي، فقد نشرت هيئة الغذاء والدواء متطلبات الدراسات السريرية للأجهزة، الإصدار الخامس MDS-REQ-002-V5 (2025).[15] والثالث: لا توجد في نظام حماية البيانات فئة مستقلة باسم «البيانات العصبية»، فهي تدخل على الأقل في البيانات الصحية الحساسة، وعبارة «حق عصبي» توصيف أخلاقي لا حق نظامي مستقل.

قاعدة تحفظها: الموافقة الأخلاقية لا تغني عن الترخيص التنظيمي، والترخيص لا يغني عن موافقة المريض، والموافقة لا تعفي من العناية، وحفظ البيانات لا يجيز إتلاف دليل واجب أو كتمان بلاغ نظامي.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
تحريم قتل النفس، ووجوب التثبت، وأداء الأمانات	نص قطعي	النساء: 29، والإسراء: 36، والنساء: 58
لا يُرفع حكم الحياة أو الأهلية بادعاء غير محقق	قاعدة فقهية كلية متفق عليها	«اليقين لا يزول بالشك»
الأصل في التداوي المشروعية، واعتبار إذن المريض والولي، وعدم توقف الإسعاف الخطر على الإذن	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 67 (5/7)[8]
تعطل جميع وظائف الدماغ تعطلًا نهائيًا علامة	قرار مجمعي مع	مجمع الفقه الإسلامي

على الموت	خلاف معتبر	الدولي، القرار 17 (5/3)[9]
ضوابط الإذن في العمليات المستعجلة، وأن الطارئ الفوري لا ينتظر لجنة	قرار مجمعي في الضوابط، واجتهاد المؤلف في التنزيل	القرار 184 (10/19)[10] مع القرار 67[8]
الأصل حظر إفشاء السر، ويُستثنى ما يدفع ضررًا أرجح	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 79 (10/8)[11]
شمول حظر الإفشاء للبيانات العصبية وسجلات الأجهزة، والإفصاح للجهة العدلية بالحد الأدنى	اجتهاد المؤلف	تنزيل القرار 79[11] على المستجدات

أين يقع الخطأ عادةً؟

- أن يُساوى **غياب الاستجابة** بغياب الوعي.
- أن يُتخذ **قرار لا رجعة فيه** قبل ضبط المربكات وتكرار الفحص المعياري.
- أن تُختصر موافقة جهاز مزروع في **توقيع واحد قبل الزرع** بلا خطة لما بعده.
- أن يتحول **اختبار تنبؤي** إلى فحص لياقة بطلب جهة عمل.
- أن يُعالَج **نظام مناوبات مرهق** بوصفة منشط.
- أن يُعدَّل **الأصل الرقمي** بدل العمل على نسخة موثقة، أو تُصوَّر حالة بهاتف شخصي.

خلاصة عملية

كلما اقترب القرار من الدماغ أو الوعي أو من فقد وظيفة لا تُعوَّض، ارتفعت الحاجة إلى دقة التشخيص، وتكرار الفحص، وقرار متعدد التخصصات، وموافقة ممتدة، وخطة لما بعد التدخل. **ولا يصح أن يحل الحماس التقني محل الدليل.** وفي التواصل قل ما تعرفه بحدّه: «لم نرَ علامة قابلة للتكرار حتى الآن؛ لا يعني ذلك يقينًا غياب كل وعي»، و«نقدّم نطاقًا واحتمالات ونقاط مراجعة، لا تاريخًا حتميًّا».

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: غياب الاستجابة وإشارة وعي خفي

| السيناريو: شاب بعد إصابة رضحية منذ ثلاثة أشهر، شُخص بمتلازمة اليقظة غير المستجيبة. تطلب الأسرة الاستمرار في كل علاج، بينما يرى الفريق أن لا أمل. أظهر EEG بحثي استجابة محتملة

لأمر تخيل حركة اليد مرة واحدة.

| **الركن الطبي:** يعاد تقييم المربكات والفحص المتكرر بـ CRS-R، وتراجع الصور والتخطيط والسبب والمسار. الإشارة الواحدة تحتاج تكرارًا وتفسير مركز خبير، ولا تثبت أهلية قرار. لا يخلط التشخيص بالموت الدماغي.

| **الركن الأخلاقي:** احترام الكرامة وعدم التنبؤ اليقيني، مع عدم تحويل احتمال الوعي إلى وعد بالشفاء. تشارك الأسرة حدود الاختبار وتحدد تجربة زمنية أو أهداف رعاية وفق قيم المريض.

| **الركن الفقهي:** الأصل بقاء الحياة، واليقين لا يزول بالشك. قرار 17 (5/3) لا ينطبق لأن وظائف الدماغ لم تتعطل كلها نهائيًا. والتداوي يوزن بالنفع والضرر وقرار 67 (5/7).

| **الركن النظامي:** يلزم تشخيص بعناية واستشارة مناسبة وفق المادتين 15 و17 من نظام مزاولة المهن الصحية، ورضا الممثل عند فقد الأهلية، مع فصل نتيجة البحث عن التقرير السريري حتى تتحقق.

القرار المهني الموزون: لا يعلن الفريق اليأس ولا يبني استمرارًا غير محدود على الإشارة. يحال لمركز وعي إن أمكن، وتكرر التقييمات، ويعقد اجتماع أهداف رعاية يحدد ما يستمر، وما يجرب مدة محددة، ومؤشرات المراجعة، مع علاج الألم والتأهيل المناسب.

ما الذي قد يغيّر القرار؟ تكرار استجابة موثوقة قابلة للتواصل، أو ظهور تدهور عضوي جديد، أو توجيه طبي سابق واضح، أو مراجعة تنبؤ تخصصية تغير نطاق الاحتمال.

الحالة الثانية: تغير السلوك بعد التحفيز العميق

| **السيناريو:** تحسن مريض باركنسون حركيًا بعد DBS، لكنه أصبح مندفعًا في الإنفاق ويقل نومه. يرفض إيقاف الجهاز لأنه أعاده للعمل، بينما تطلب زوجته إطفاءه فورًا وتقول إنه «لم يعد الشخص نفسه».

| **الركن الطبي:** يقيم الهوس والاندفاع والإدراك والأهلية والأدوية وإعدادات الجهاز، ويبحث علاقة الزمن بالتغيير. يمكن تعديل البرمجة أو الدواء قبل الإيقاف الكامل إذا كانت السلامة تسمح.

| **الركن الأخلاقي:** توازن المنفعة الحركية مع الضرر المالي والأسري والهوية والوكالة. صوت المريض أساسي إن بقي قادرًا، لكن الخطر الجسيم يبرر حماية محدودة ومراجعة عاجلة.

| **الركن الفقهي:** الضرر يزال بقدر، ولا يختار الولي بدل القادر. حفظ العقل والمال يبرر التعديل الأقل ضررًا، مع بقاء مشروعية العلاج النافع.

| **الركن النظامي:** يلزم رضا المريض القادر وتوثيق التقييم؛ وإذا فقد القدرة تطبق قواعد التمثيل والطوارئ. بيانات الجهاز سرية، وقد يكون الإبلاغ محدودًا إذا ظهر خطر محقق وفق النظام.

القرار المهني الموزون: يعقد تقييم عاجل متعدد التخصصات للأعصاب/النفسية/البرمجة، وتوضع حماية مالية مؤقتة برضا المريض إن أمكن، وتعدل الإعدادات أو الأدوية تدريجيًا مع مراقبة. لا تطفئ الزوجة الجهاز، ولا يتجاهل الفريق ضررها. يعاد تقييم الأهلية لكل قرار.

ما الذي قد يغيّر القرار؟ خطر وشيك على النفس أو الغير، أو فقد أهلية واضح، أو فشل التعديلات الأقل تقييدًا، أو ثبوت أن السلوك غير مرتبط بالجهاز ويحتاج علاجًا مستقلًا.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

مو اقف تتكررفي العيادة والعناية والجراحة، وجوابها ينبني على ما تقررفي أركان هذا الفصل؛ ويذكرلكل موقف جو ابه الحاسم وضابطه.

طلبُ منشّط لمقيم سليم تحت ضغط المناوبات. يطلب مقيم سليم methylphenidate ليحافظ على تركيزه في مناوبات طويلة، ويقول إن زملاءه يستعملونه وإن رفضه قد يخفض تقييمه. الجواب: لا توصف المادة لمجرد تحسين الأداء؛ بل يُفحص ما وراء الطلب من اضطراب نوم أو ADHD أو قلق أو اكتئاب أو تعاطٍ، فإن ثبت اضطراب عولج بصفته مرضًا لا أداة منافسة، وتُفعَّل الصحة المهنية لمراجعة المناوبات والإشراف. والضابط: لا يُعالَج نظام عمل غير آمن بدواء يُحمِّل الفردَ مخاطرته.

«مخّه متضررجدًا»: استعمال لفظ الموت الدماغي في غيرموضعه. يُطلب رفع الأجهزة استنادًا إلى وصف عام لشدة الإصابة. الجواب: يُمنع؛ فالموت بمعايير عصبية تشخيص مستقل ببروتوكول صارم، ولا ينطبق على الغيبوبة ولا حالة الوعي الأدنى ولا اليقظة غير المستجيبة؛ ونص القرار 17 (5/3) معلق على تعطل وظائف الدماغ كلها تعطلًا نهائيًا. والضابط: اليقين لا يزول بالشك، ولا يرفع حكمَ الحياة وصفٌ انطباعي لشدة الضرر.

إشارةُ «نعم/لا» واحدة تُتخذ إثباتًا للأهلية. تظهر استجابة واحدة على تخطيط أو تصوير وظيفي فتُبنى عليها موافقة أو رفض لقرار كبير. الجواب: الإشارة بداية تقييم لا نهايته؛ يلزم اختبار ثبات القناة بأسئلة معروفة الجواب، ثم إثبات الفهم والتقدير والاستدلال للقرار المحدد، وتفسير متعدد التخصصات. والضابط: لا يُستعمل اختبار متقدم منفردًا لإثبات أهلية كاملة أو نفيها.

تصويرُحالة عصبية بهاتف شخصي للتعليم أو الاستشارة. يصور طبيب نوبةً أو جرحًا أو شاشة جهاز بهاتفه ليعرضه على زميل أو في مؤتمر. الجواب: تُستعمل أجهزة المنشأة وقنواتها المعتمدة، وتؤخذ موافقة مستقلة للتعليم أو النشر، ويزال ما يكشف الهوية بقدر الإمكان. والضابط: إزالة الاسم لا تكفي إذا كان الوجه أو الندبة أو الصوت أو بيانات الجهاز تُعرِّف صاحبها؛ والصورة الشخصية خطر على الخصوصية وسلامة الدليل معًا.

طلبُ جهة عمل «إثبات سلامة عصبية» باختبار تنبؤي. يطلب طبيب في الثامنة والعشرين - ووالده مصاب بمرض هنتنغتون -اختبارًا سريعًا لأن جهة توظيف طلبت إثباتًا، وهو بلا أعراض وشديد القلق. الجواب: يوقف الاختبار السريع، ويقدم مسار استشارة جينية مستقل قبله وبعده، ويطلب من جهة العمل تحديد الأساس النظامي والوظيفة والمعلومة اللازمة، ويستعاض بتقييم لياقة حالي محدود إن كان مشروعًا.والضابط: الاختبار التنبؤي ليس فحص لياقة، والبيانات الوراثية حساسة لا تسلم

لجهة عمل إلا بسند وموافقة محددة؛ وللشخص حق عدم المعرفة.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. طلبت أسرة رفع الأجهزة عن مريض قائلةً إن «مخّه متضرر جدًّا». ما الصحيح؟

أ) يُستجاب للطلب لأن الأسرة هي الممثل القانوني

ب) يُستجاب إذا وافق استشاريان على شدة الضرر

ج) يُمنع؛ فالموت بمعايير عصبية تشخيص مستقل ببروتوكول صارم، ونص القرار رقم 17 (5/3) معلَّق على تعطل وظائف الدماغ كلها تعطلًا نهائيًّا

د) يُنتظر ثلاثة أشهر ثم يُنفَّذ الطلب تلقائيًّا

2. ظهرت في تصوير وظيفي بحثي استجابة واحدة لأمر تخيّل حركة اليد لدى مريض غير مستجيب. ما دلالتها؟

أ) تثبت أهلية كاملة تخوّله الموافقة على قرارات كبيرة

ب) تُهمل لأنها بحثية ولا قيمة سريرية لها

ج) تنفي تشخيص اليقظة غير المستجيبة نفيًا قاطعًا

د) هي بداية تقييم لا نهايته؛ يلزم تكرارها واختبار ثبات القناة ثم إثبات الفهم والتقدير للقرار المحدد

3. تحسّن مريض باركنسون حركيًّا بعد التحفيز العميق، لكنه صار مندفعًا في الإنفاق ويقل نومه. يرفض إيقاف الجهاز، وتطلب زوجته إطفاءه فورًا. ما القرار الموزون؟

أ) تُطفئ الزوجة الجهاز لأنها الأقدر على ملاحظة التغير

ب) يُترك الأمر للمريض وحده لأنه قادر، ولا يُلتفت إلى الضرر

ج) يُعقد تقييم عاجل متعدد التخصصات، وتُعدَّل البرمجة أو الأدوية تدريجيًّا مع مراقبة، وتُوضع حماية مالية مؤقتة برضاه إن أمكن، وتُعاد الأهلية للتقييم لكل قرار

د) يُزال الجهاز جراحيًّا لأن ضرره تجاوز نفعه

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) د • 3) ج

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Giacino JT et al. Practice Guideline Update: Disorders of Consciousness. AAN/ACRM/NIDILRR, 2018; reaffirmed 12Jul 2024. الرابط

[2] Schnakers C et al. Diagnostic accuracy of vegetative and minimally conscious state. BMC Neurology. 2009;9:35. الرابط

[3]Bodien YG et al. Cognitive Motor Dissociation in Disorders of Consciousness. N Engl J Med. 2024;391:598–608. الرابط

[4]NIH BRAIN Initiative. Continuing trial responsibilities for implantable neural devices. 2023. الرابط

[5]MacLeod R et al. Recommendations for the predictive genetic test in Huntington's disease. Clin Genet. 2013;83:221–231. الرابط

[6]Roberts CA et al. How effective are pharmaceuticals for cognitive enhancement in healthy adults? Eur Neuropsychopharmacol. 2020;38:40–62. الرابط

[7]NIST. Biological Evidence Preservation Handbook, NISTIR 7928. 2013. الرابط

[8] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، 1992م. الرابط

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش، 1986م. الرابط

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 184 (10/19) بشأن الإذن في العمليات الطبية المستعجلة، 2009م. الرابط

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية، 1993م. الرابط

[12] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مزاولة المهن الصحية، م/59 في 1426/11/4هـ. الرابط

[13] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، م/59 في 1431/9/14هـ. الرابط

[14] سدايا. نظام حماية البيانات الشخصية ولوائحه التنفيذية: م/19 وتعديل م/148. الرابط

[15] الهيئة العامة للغذاء والدواء. متطلبات الدراسات السريرية للأجهزة والمستلزمات الطبية MDS-REQ-V002-5، 2025م. الرابط

أخلاقيات الأورام والسرطان

Chapter 28 -Oncology Ethics

الرعاية التلطيفية لا تعني إيقاف علاج الورم.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

السرطان ليس مرضًا واحدًا ولا حكمًا واحدًا. فقد يكون مرض منتشر -كورم الخلية الجرثومية أو بعض اللمفومات -قابلًا للشفاء، ويكون ورم آخر موضعيًّا لكنه شديد الخطورة. فلا تختزل القرار في كلمة «متقدم» أو «ميؤوس».

والقرار الأخلاقي هنا لا يبدأ بسؤال «هل نعالج؟» بل: ما المرحلة؟ ما هدف التدخل؟ ما مقدار المنفعة واحتمالها؟ ما العبء والبدائل؟ وما الذي يريده المريض بعد أن يفهم ذلك؟ وفي الأورام تحديدًا تكون **جودة التواصل جزءًا من جودة العلاج**، لا مهارة تجميلية.

وأخطر ما يقع في عيادة الأورام ليس خطأ دواء، بل **خطأ معنى**: هدف علاجي لا يُسمّى فيظن المريض أن السيطرة شفاء، ورقم استجابة يُعرض بدل المنفعة ذات المعنى، وأمر عدم إنعاش يُقرأ وقفًا لكل علاج، وموافقة تُوقَّع تحت ضغط الخوف أو الكلفة أو الأسرة.

المفاهيم: سمِّ مقصد التدخل بكلمة واحدة

قبل أن تتحدث عن الدواء، سمِّ الهدف صراحةً:

• **شفائي:** إزالة المرض مع فرصة معتبرة للشفاء؛ وتُذكر فيه سمية العلاج وأثر عدم العلاج.

• **مساعد:** خفض احتمال النكس بعد الجراحة أو الأشعة -وتُعرض فيه **المنفعة المطلقة لا النسبية**.

• **تمهيدي:** تصغير الورم لتحسين إمكان الجراحة أو حفظ العضو.

• **سيطرة وإطالة حياة:** تأخير التقدم أو تخفيف الأعراض **دون وعد بالشفاء**؛ وتُذكر مدة الفائدة المتوقعة ونوعية الحياة.

• **تلطيف عرضي:** تخفيف ألم أو نزف أو انسداد أو ضيق.

• **مراقبة نشطة:** تأجيل العلاج مع متابعة منظمة، ببيان علامات البدء وحدود أمان

الانتظار.

والأرقام السكانية للتخطيط لا للتنبؤ الفردي. قدّرت IARC في بيانات 2022 نحو 20 مليون حالة جديدة و9.7 ملايين وفاة عالميًّا.[1] وفي تقرير السجل السعودي لعام 2022 سُجلت 24,470 حالة جديدة، 54% منها لدى الإناث، والمعدل المعياري للعمر بين السعوديين 144.9 لكل مئة ألف للذكور و159.1 للإناث. وأكثر الأورام شيوعًا بين البالغين السعوديين الثدي ثم القولون والمستقيم ثم الدرقية.[2]

الحقيقة والرجاء الو اقعي

الصدق لا يعني إلقاء الخبر بقسوة، والرحمة لا تبرر الكذب. حين تطلب الأسرة إخفاء التشخيص، لا تبدأ بالمواجهة: اسأل الأسرة **ما الضرر الذي تخشونه؟** ثم اسأل المريض قبل التفاصيل: **كم تحب أن تعرف؟ ومن تحب أن يكون معك؟** فإن اختار المريض تفويض أسرته وُثّق اختياره -وهذا ممارسة صحيحة للاستقلال العلاقي لا انتقاص منه.

ويكشف الدليل حجم المشكلة: وجدت دراسة Weeks وزملائه أن **69%** من مرضى سرطان الرئة المنتشر و**81%** من مرضى القولون المنتشر الذين تلقوا علاجًا كيميائيًّا لم يذكروا فهمًا صحيحًا بأنه غير مرجح أن يشفيهم.[3] والدلالة أن **المو افقة تكون ناقصة إذا لم يُسمَّ الهدف بوضوح.**

بدائل عملية: بدل «لا تقلق، كل شيء بخير» قل: «لدينا ما نفعله للسيطرة على الأعراض والبحث عن أفضل خيار». وبدل رقم بقاء جامد، أعطِ نطاقًا زمنيًّا مع عدم اليقين وما قد يغيّر التقدير. ولا تُلقِ الخبر في ممر أو هاتف بلا تهيئة.

المو افقة في الأورام عملية لا توقيع

يجب أن تشمل: التشخيص ودرجة اليقين؛ ومقصد العلاج؛ واحتمال **المنفعة المطلقة**؛ والسمية الشائعة والخطيرة والدائمة؛ وأثره على الخصوبة والوظيفة؛ والبدائل القياسية والبحثية؛ **وخيار الرعاية الداعمة وحدها**؛ والكلفة أو عوائق الوصول حين تؤثر في القرار. ويُعاد النقاش عند تغير المرحلة أو الهدف. والخوف أو البكاء لا يعنيان فقد القدرة، وتُعالَج أسباب فقدها القابلة للعكس قبل الحكم به؛ وتفصيل تقدير الأهلية في الفصل الخامس.

السلامة نظام تحقّق لا يقظة فرد

أدوية السرطان عالية الخطورة، ويزداد احتمال الضرر مع الجرعات المحسوبة

بالوزن، وتغيّر وظائف الكبد والكلى، وتشابه الأسماء، وتعدد طرق الإعطاء. وقد حدّثت ASCO وONS معايير السلامة في 2024 وأضافت **تحققًا رابعًا**.[4]

والمطلوب عمليًّا: معرّفان للمريض وتحقق مستقل قبل الإعطاء؛ ومطابقة الدواء والبروتوكول والدورة والطريق والزمن ونتائج المختبر؛ وخطة إنقاذ للسمية؛ وتثقيف المريض بالسمّيات المنذرة. ومن أمثلة **هندسة الأمان** منع إعطاء الفينكريستين داخل القراب بتحضيره في كيس وريدي بدل الحقنة، لأن الخطأ في طريق الإعطاء يكاد يكون قاتلًا. وأظهرت دراسة FDA لأوامر الوصف الإلكتروني أن **أخطاء اختيار المريض** كانت من أكثر الأخطاء شيوعًا -فأبرِز الهوية وقلّل فتح ملفات متعددة.

التلطيف والخصوبة والوراثة

الرعاية التلطيفية لا تعني إيقاف علاج الورم. فقد حدّثت ASCO في 2024، بناءً على 52 دراسة، توصيتها بإحالة مرضى الأورام الصلبة وأورام الدم المتقدمة **مبكرًا** إلى فرق تلطيف متعددة التخصصات **بالتوازي** مع العلاج المضاد للسرطان؛ وتفصيل الرعاية التلطيفية في الفصل الثالث والأربعين.[5] وفي تجربة Temel العشوائية تحسّنت جودة الحياة والمزاج وقلّت الرعاية العدوانية قرب الوفاة في سرطان الرئة المنتشر.[6]

والخصوبة جزء من الرعاية لا إضافة اختيارية. يوصي تحديث ASCO 2025، المستند إلى 166 دراسة، بمناقشة مخاطر الخصوبة عند التشخيص وإحالة المهتم أو المتردد **قبل بدء العلاج** متى سمح الزمن السريري. وحفظ النطاف أو البويضات لا يضمن إنجابًا لاحقًا.[7]

واختبار الورم لا يغني عن الاختبار الجرثومي. فقد يكشف تحليل الورم متغيرًا يوحي باستعداد موروث ولا يثبت الوراثة؛ فيلزم اختبار تأكيدي وتاريخ عائلي واستشارة قبلية وبعدية. وقد يظهر متغير غير محسوم الدلالة، **ولا يصح أن يقود وحده إلى جراحة وقائية**.[8]

وفي المسن لا تكفي السن الزمنية: يوصي تحديث ASCO 2023 بتقييم شيخوخي لمن تجاوز 65 عامًا. **وفي الحمل** يؤجَّل العلاج الجهازي عمومًا إلى الثلث الثاني، ولا يجوز تحويل الحمل إلى سبب تلقائي لحرمان المرأة من معيار الرعاية.

الأساس الشرعي

قرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم 67 (5/7)** أن «الأصل في حكم

التداوي أنه مشروع... ولما فيه من حفظ النفس»، وأنه **يكون واجبًا** إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو عضو أو عجز، **ومندوبًا** إذا أدى تركه إلى ضعف، **ومباحًا** في غير ذلك، **ومكروهًا** إذا خيفت مضاعفات أشد. وأوجب في الحالات الميؤوس منها **تقوية معنويات المريض والدأب في رعايته وتخفيف آلامه النفسية والبدنية بصرف النظر عن توقع الشفاء**، وربط تقدير اليأس بتقدير الأطباء وإمكانات الطب في كل زمان ومكان. واشترط إذن المريض التام الأهلية، وحصر تصرف الولي في المنفعة، ونصّ على أن الإسعاف المنقذ لا يتوقف على الإذن.[9]

ومقتضى هذا القرار أن الحكم لا يُبنى على اسم «كيميائي» أو «سرطان» بل على تقرير متخصص للحالة. وبمقتضى اشتراط الإذن فللمريض الكامل الأهلية رفض علاج غير إسعافي بعد التبصير، ولا يُفهم رفضه رفضًا لكل رعاية؛ وتفصيل الإذن في الفصل الخامس.

وفي الألم: الراجح عند أكثر المعاصرين جواز استعمال المسكنات القوية بجرعة مهنية مقصودها تخفيف الألم، مع المراقبة والتعديل وفق الإرشادات المعتمدة، ولو وُجد خطر متوقع غير مقصود يمكن تقليله؛ فالعبرة بالقصد والتناسب.[10] أما إعطاء جرعة **بقصد إنهاء الحياة** فمحظور بعموم نصوص تحريم قتل النفس وبنص النظام، ولا يغيّر وصفه بأنه «راحة» حقيقةَ المقصد؛ وتفصيله في الفصل السادس والأربعين.

وفي عدم الإنعاش: أصدرت اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء الفتوى رقم (12086) في 1409/6/30هـ، وفيها: «إذا كان مرض المريض مستعصيًا غير قابل للعلاج وأن الموت محقق بشهادة ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش»، وذكرت حالة «مرض مزمن أو سرطان في مرحلة متقدمة» إذا قرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات عدم ملاءمة الإنعاش؛ وتفصيل قرار عدم الإنعاش في الفصل الحادي والأربعين.[11]

وفي الرقية: هي جائزة باتفاق أهل العلم إذا خلت من الشرك، ولا يجوز تعليق الشفاء على شخص أو مادة، ولا استغلال حاجة المريض ماليًّا. ولا يصح ترك علاج نافع بدعوى تعارض الأخذ بالأسباب مع التوكل؛ فالتداوي مشروع بقرار المجمع، وقد يجب إذا أفضى تركه إلى تلف النفس. وقد أظهرت مراجعة ودراسة رصدية منشورة عبر WHO-EMRO **عدم وجود فائدة موثقة لبول الإبل لمرضى السرطان**.[12]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة	
النص	**ما يقرره**
المزاولة، المادة 18	تنبيه المريض وملاءمة الإبلاغ[13]
المزاولة، المادة 19	الرضا، وحظر إنهاء الحياة
فتوى رقم (12086)	عدم الإنعاش بقرار ثلاثة مختصين
المجلس الصحي السعودي	اعتماد سياسة عدم الإنعاش[14، 15]
حماية البيانات الشخصية	البيانات الصحية والجينية حساسة
أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية	لجنة أخلاقيات وموافقة ورصد
وثيقة حقوق المريض	السرية والاستشارة الثانية والشكوى

وتُقرأ **المادة الثامنة عشرة** بدقة؛ فنصها: «وللطبيب في حالة الأمراض المستعصية أو التي تهدد حياة المريض بالخطر أن يقدر وفقًا لما يمليه عليه ضميره مدى ملاءمة إبلاغ المريض أو ذويه بحقيقة المرض، وذلك ما لم يكن المريض قد حظر عليه ذلك، أو عيّن شخصًا أو أشخاصًا يقتصر الإبلاغ عليهم». وهي تُقرأ مع حق المريض في الرضا والمشاركة، **فلا تتحول إلى ترخيص مطلق بالكذب أو الإقصاء.**

وتنص **المادة التاسعة عشرة**: «يجب ألا يجري أي عمل طبي لمريض إلا برضاه، أو موافقة من يمثله، أو ولي أمره إذا لم يعتد بإرادته هو»، ثم: «ولا يجوز بأي حال من الأحوال إنهاء حياة مريض ميؤوس من شفائه طبيًا، ولو كان بناءً على طلبه أو طلب ذويه».[13]

وأمر عدم الإنعاش يخص الإنعاش القلبي الرئوي عند التوقف وحده. فلا يكفي وصف «مرحلة رابعة»؛ ولا يساوي الأمرُ عدمَ إدخال العناية أو عدمَ إعطاء مضاد حيوي -فكل تدخل له قرار مستقل.[15]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل		
الحكم أو القاعدة	**مرتبته**	**مصدره**
الأصل في التداوي المشروعية، وتتفاوت مراتبه (واجب، مندوب، مباح، مكروه) بحسب أثر تركه	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 67 (5/7)[9]
وجوب رعاية الميؤوس منه وتخفيف آلامه، واشتراط إذن المريض التام الأهلية، وعدم توقف الإسعاف على الإذن	قرار مجمعي	القرار 67 (5/7)[9]

تحريم إعطاء جرعة بقصد إنهاء الحياة ولو بطلب المريض أو ذويه	نص قطعي	عموم نصوص تحريم قتل النفس، ويؤكده النظام
جواز المسكنات القوية بقصد تخفيف الألم مع تناسب الجرعة ولو مع خطر متوقع غير مقصود	قول راجح عند أكثر المعاصرين	قاعدة «الأمور بمقاصدها»، والإرشادات السريرية[10]
عدم الإنعاش لمن تقرر ثلاثة أطباء ثقات استعصاء مرضه	فتوى	اللجنة الدائمة، الفتوى رقم 12086[11]
جواز الرقية الخالية من الشرك، وتحريم تعليق الشفاء على شخص أو مادة	قول راجح (اتفاق أهل العلم)	نصوص الرقية الشرعية
عدم بناء الحكم على اسم «سرطان»، وأن رفض علاج غير إسعافي ليس رفضًا لكل رعاية	اجتهاد المؤلف	تنزيل القرار 67[9] على عمل الأورام

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **هدف لا يُسمّى:** فيظن المريض أن السيطرة شفاء.
- **رقم استجابة بدل منفعة:** النسبة الإحصائية غير المنفعة ذات المعنى.
- DNR **يُقرأ وقفًا لكل علاج.**
- **مو افقة تحت ضغط:** خوف أو كلفة أو أسرة.
- **الوهم العلاجي في البحث:** هدف المرحلة الأولى غالبًا السلامة والجرعة.
- **الصمت عن الكلفة:** فيترك المريض جرعاته أو يستدين؛ ولا يُخفَّض مستوى العلاج سرًّا بناءً على افتراض قدرته المالية.

خلاصة عملية

سمِّ الهدف بكلمة واحدة قبل الدواء، واعرض المنفعة المطلقة، واجعل السلامة نظام تحقق لا يقظة فرد، وأدمج التلطيف مبكرًا بالتوازي، وأشرك الأسرة **بإذن المريض**. وعند الضرر غير المتوقع: **الإنقاذ أولًا، ثم الإفصاح المبكر الصادق**، ثم التحقيق ومنع التكرار.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: الأسرة تطلب إخفاء التشخيص

| **السيناريو:** امرأة قادرة على القرار، ثبت لديها سرطان قابل للعلاج، وطلب أبناؤها ألا تُذكر كلمة سرطان خوفًا من انهيارها.

| **الركن الطبي:** المعلومة لازمة لفهم الجراحة والعلاج والآثار؛ لا توجد قرينة على أن المعرفة ستسبب عجزًا طبيًا دائمًا.

| **الركن الأخلاقي:** التعاطف مع الأسرة لا يبيح الكذب. يُسأل المريض عن مقدار المعلومات ومن يشاركها؛ ويمكن التدرج دون خداع.

| **الركن الفقهي:** الصدق والأمانة والإذن الصحيح؛ وقرار المجمع يشترط إذن التام الأهلية ويحث على تقوية المعنويات.

| **الركن النظامي:** المادة 18 تنظّم الملاءمة، والمادة 19 تشترط الرضا. لا تحل الأسرة محل المريض القادر.

القرار المهني الموزون: الاجتماع أولًا مع الأسرة لفهم الخوف، ثم سؤال المريضة عن تفضيلها للمعلومات. إن أرادت المعرفة تُبلّغ تدريجيًا بحضور من تختار، ويُوثق الهدف والبدائل والفهم. إن فوّضت أبناءها طوعًا يُحترم التفويض ويعاد تقويمه.

الحالة الثانية: رفض علاج ذي قصد شفائي

| **السيناريو:** رجل كامل القدرة مصاب بلمفوما عالية القابلية للشفاء رفض العلاج الكيميائي خوفًا من السمية بعد قصة وفاة قريب.

| **الركن الطبي:** العلاج المعياري يملك فرصة شفاء معتبرة؛ يلزم بيان مخاطر الترك وخطة الوقاية من السمية واستشارة ثانية.

| **الركن الأخلاقي:** الاستقلال لا يقتصر على قبول القرار؛ يجب التأكد من فهم غير مشوه بالخوف، دون إكراه أو تهديد.

| **الركن الفقهي:** قد يقرب العلاج من الوجوب إذا غلب إنقاذ النفس وتناسب الضرر؛ لكن الإكراه في غير الإسعاف ليس الأصل.

| **الركن النظامي:** المادة 19 تشترط الرضا. يوثق الرفض المبصر، وتستمر الرعاية، ولا يمنع الرجوع لاحقًا.

القرار المهني الموزون: جلسة تبصير ثانية مع اختصاصي، وعرض أرقام مطلقة وخطة السمية ودعم نفسي، واختبار القدرة والفهم. إذا بقي الرفض طوعيًا يُحترم ويُوثق، مع متابعة قريبة وخطة أعراض وباب مفتوح للعودة.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف تتكرر في عيادة الأورام، جوابها محسوم بضوابط الفصل نفسه فلا تحتاج تحليلًا مطولًا؛ وما فُصِّل منها في موضعه من الكتاب يُحال إليه.

مريض يحتاج علاجًا قد يُضعف الخصوبة ويريد حفظها. يُحال في اليوم نفسه بعد تحديد الزمن السريري الآمن، وتُختار وسيلة حفظ لا تؤخر البدء خارج ذلك الزمن، ويُشرح احتمال النجاح والكلفة والقيود والتكييف الشرعي لكل تقنية ومصير العينة ومدة حفظها والتصرف فيها. وإن تعذّر الحفظ شُرح السبب وقُدّم دعم لاحق. الضابط: مناقشة الأثر الإنجابي جزء من الرعاية لا إضافة اختيارية.

مريضة تظن أن تجربة المرحلة الأولى ستشفيها. لا تُسجَّل حتى يزول الوهم العلاجي. تُعاد الموافقة بلغة صريحة: هدف المرحلة الأولى غالبًا السلامة والجرعة، والمنفعة الفردية غير مؤكدة، والانسحاب لا يُسقط الرعاية المعتادة. وتُعرض البدائل والرعاية التلطيفية بالتوازي، ويُفصح عن التمويل وتعارض المصالح، ويُختبر الفهم بإعادة الشرح. الضابط: لا يُقدَّم المجهول بوصفه علاجًا مضمونًا.

مريض قابل للشفاء يؤجّل الجراحة لخلطة عشبية. لا سخرية ولا تسليم. تُقدَّر كلفة التأخير بالأرقام، ويُفحص التداخل والسمية، وتُعرض استشارة ثانية وموعد قريب وخطة إنذار. فإن أصرّ وهو قادر احتُرم رفضه ووُثّق وبقي باب العودة مفتوحًا، ولا يصف الطبيب الخلطة ولا يروّجها. والرقية الشرعية تُمارَس بالتوازي ولا تؤخر علاجًا نافعًا. الضابط: احترام الشخص لا يعني تأييد ادعاء بلا دليل.

أسرة تطالب بإنعاش كامل في سرطان متقدم لا يُرجى برؤه. يُعتمد أمر عدم محاولة الإنعاش وفق السياسة الوطنية وفتوى رقم (12086) بقرار ثلاثة من المختصين الثقات، ويُشرح للأسرة أنه قرار بعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي وحده لا تخلٍّ عن المريض؛ فتُحدَّد علاجات الأعراض والعدوى والسوائل وحدود التصعيد كلٌّ على حدة. وتفصيل هذا القرار وإجراءاته في الفصل الحادي والأربعين.

مريض واعٍ يطلب جرعة تنهي حياته. الطلب علامة ضيق لا أمر علاجي: يُقيَّم الألم والاكتئاب والهذيان والبعد الروحي تقييمًا عاجلًا مع فريق الألم والتلطيف. ويجوز التسكين المتناسب بقصد الراحة ويحرم قصد إنهاء الحياة، وتحظره المادة التاسعة عشرة ولو بطلب المريض أو ذويه. وتفصيل المسألة في فصل القتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب.

سرطان يُشخَّص أثناء الحمل. لا يُتخذ القرار عن المرأة القادرة، ولا يُحرم الحمل من معيار رعاية قريب من غير الحامل. يجتمع فريق أورام وأمومة وأجنة وأشعة وحديثي ولادة، فيُبيَّن ما يحتمل التأجيل إلى الثلث الثاني وما لا يحتمله، وتُقوَّم الصور بأقل تعرض معقول، وتُعرض مخاطر الأم والجنين ومخاطر التأخير بدرجة يقينها. الضابط: موازنة الضررين بالخبرة لا بالخوف.

طلب نشر صورة المريض وقصته لجمع تبرعات. موافقة العلاج ليست موافقة نشر، والموافقة تحت ضغط فقد العلاج ليست حرة. يُوقف النشر حتى تُؤخذ موافقة مستقلة تشرح البدائل ومسارات التمويل وحق السحب دون أثر على الرعاية، وتُخفَّف الهوية قدر الإمكان، ويُمنع تضخيم فائدة الدواء أو ضمان الشفاء. الضابط: لا تُشترط الدعاية لتلقي الرعاية.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. يقول زميلك عن مريض بسرطان قولون منتشر: «وقّع نموذج الموافقة على الكيميائي، إذن هو يفهم أن العلاج للسيطرة لا للشفاء». ما الرد الصحيح في ضوء ما في الفصل؟

أ) التوقيع كافٍ، فالنموذج يذكر أن العلاج غير شفائي

ب) التوقيع لا يثبت الفهم؛ فقد بيّنت دراسة Weeks أن نسبة كبيرة من مرضى القولون والرئة المنتشرين لم يفهموا أن الكيميائي غير مرجح أن يشفيهم، فيلزم تسمية الهدف صراحةً والتحقق من فهمه

ج) لا داعي لإثارة الموضوع لأن الأمل جزء من العلاج

د) يُكتفى بأن تشرح الممرضة الهدف بعد بدء الدورة الأولى

2. مريضة قادرة على القرار ثبت لديها سرطان قابل للعلاج، وطلب أبناؤها ألا تُذكر أمامها كلمة «سرطان». ما التصرف الصحيح؟

أ) يُستجاب للأسرة لأنها الأدرى بحالتها النفسية

ب) تُبلَّغ المريضة فورًا بالتشخيص كاملًا أمام أبنائها

ج) يُجتمع بالأسرة لفهم مخاوفها، ثم تُسأل المريضة عن مقدار ما تحب معرفته ومن تحب إشراكه، ويُوثَّق تفضيلها

د) يُترك الأمر للطبيب المعالج ليقرر وفق ضميره وحده

3. مريض بسرطان متقدم يعاني ألمًا شديدًا يطلب منك «جرعة تنهي عذابه»، ويؤيده ذووه كتابيًا. ما الموقف الذي يقرره نظام مزاولة المهن الصحية (المادة 19) والأساس الشرعي؟

أ) يُستجاب للطلب لأن رضا المريض وذويه موثق

ب) يُرفض الطلب لأن إنهاء الحياة محظور ولو بطلب المريض أو ذويه، مع تكثيف تسكين الألم بجرعة مهنية مقصودها التخفيف وإشراك فريق التلطيف

ج) يُحال الطلب إلى لجنة الأخلاقيات لتقرر جواز الجرعة

د) تُوقف المسكنات القوية كلها خشية أن تُفهم على أنها إنهاء للحياة

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) ج • 3) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] IARC. Global cancer burden estimates for 2022; Press Release 345, 1 February 2024. الرابط

[2] Saudi Health Council, Saudi Cancer Registry. Cancer Incidence Report 2022. الرابط

[3]Weeks JC, et al. Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer. NEJM. 2012. الرابط

[4]Siegel RD, et al. Antineoplastic Therapy Administration Safety Standards: ASCO-ONS. 2024. الرابط

[5]Sanders JJ, et al. Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update. 2024. الرابط

[6]Temel JS, et al. Early Palliative Care for Metastatic NSCLC. NEJM. 2010. الرابط

[7]Su HI, et al. Fertility Preservation in People With Cancer: ASCO Guideline Update. 2025. الرابط

[8]Tung N, et al. Selection of Germline Genetic Testing Panels in Patients With Cancer: ASCO Guideline. 2024. الرابط

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، 14 مايو 1992م. الرابط

[10]WHO. Guidelines for pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain. 2019. الرابط

[11]WHO EMRO. DNR policy and citation of Saudi Fatwa 12086dated 1409/6/30H. 2022. الرابط

[12]WHO EMRO. Use of camel urine is of no benefit to cancer patients. 2023. الرابط

[13] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي م/59 بتاريخ 1426/11/4هـ. الرابط

[14] المجلس الصحي السعودي. حالة عدم الإنعاش؛ الاجتماع 64، القرار 3، 1434/3/1هـ. الرابط

[15] المجلس الصحي السعودي. الدليل الوطني لحالة عدم الإنعاش عند توقف القلب. الرابط

أخلاقيات الجراحة الطبية والتجميلية

Chapter 29 -Ethics of Surgery and Cosmetic Procedures

القدرة الفنية على إجراء العملية لا تعني وجوب إجرائها.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

سؤال هذا الفصل بسيط في ظاهره، دقيق في حقيقته: **متى يجوز لك أن تمد يدك إلى جسد إنسان بالشق أو القطع أو الحقن أو الزرع؟** والجواب لا يؤخذ من اسم العملية، ولا من رغبة المراجع وحدها، ولا من مهارتك وحدها.

فالجراحة التجميلية ليست نوعًا واحدًا: منها ما يعيد وظيفة فُقدت بعد حرق أو ورم، ومنها ما يصلح عيبًا خلقيًّا كشق الشفة، ومنها تعديلٌ لعضو سليم طلبًا لصورة صنعها إعلان أو مرشّح رقمي. ولكل صورة حكم يخصها. وقد نقل توسّع الأدوات السؤال من «هل نستطيع؟» إلى سؤال أدق: **هل ينبغي أن نفعل، لهذا الشخص بعينه، وفي هذا الوقت؟**

والسوق تضغط. فقد قدّر المسح العالمي للجمعية الدولية لجراحة التجميل أن السعودية شهدت في سنة 2024 نحو **154 ألف إجراء تجميلي**، منها نحو 85 ألفًا جراحية ونحو 70 ألفًا غير جراحية. وهي أرقام تقديرية من مسح مهني لا إحصاء سكاني.[1]

البوابات الخمس

يُقبل التدخل إذا اجتمعت خمس بوابات:

- **منفعة معتبرة** لهذا الشخص بعينه.
- **تناسب** بين الخطر والفائدة بعد النظر في البدائل وفي **خيار عدم التدخل**.
- **رضا حر** مبني على فهم صحيح.
- **مقصد مشروع** لا تغيير لخلقة سوية تبعًا للهوى أو التقليد أو التدليس.
- **أهلية للممارس والمنشأة**: اختصاص وامتياز وخطة إنقاذ للمضاعفة.

فإن اختلّت بوابة واحدة وجب التأجيل أو الإحالة أو **الرفض المسبَّب الموثَّق**.

القاعدة الذهبية: كلما كان العضو سليمًا والغرض تحسينيًّا، **ارتفع عبء الإثبات وانخفض سقف الخطر المقبول**.

ست صور لا تخلط بينها

الإسعافية تدفع خطرًا عاجلًا. **العلاجية** تعالج مرضًا أو تعيد وظيفة تُقاس. **الترميمية** تعيد العضو إلى خلقته المعتادة بعد عيب خلقي أو إصابة. **التحسينية لحاجة** تعالج تشوهًا أو حرجًا حقيقيًّا مؤثرًا. **التجميل المحض** يعدّل عضوًا سليمًا لمجرد زيادة الحسن أو التقليد. **والتجريبي أو عالي الخطورة** لم يستقر دليله -والغالب فيه الرفض.

وفائدة التصنيف تحديد عبء الإثبات: في الجراحة المنقذة يكفي احتمال منفعة معقول أمام خطر قريب؛ أما في التدخل الاختياري على عضو سليم فيلزم أن يكون الخطر أقل والدليل أوضح.

من الطلب إلى الاستطباب

الاستشارة الجيدة تبدأ **بوصف مشكلة لا بطلب منتج**. فعبارة «أريد فيلرًا» ليست تشخيصًا، و«أريد أنف هذا المؤثر» ليست هدفًا سريريًّا. اسأل: ما الذي يضايقك؟ منذ متى؟ ماذا تتوقع أن يتغير في حياتك؟ **من اقترح عليك الإجراء؟** وماذا سيحدث لو لم تفعله؟

ثم قارن البدائل: عدم التدخل، أو دعم نفسي، أو تصحيح مؤقت قابل للعكس، أو تدخل أقل توغلًا. **ولا تساوِ «أقل توغلًا» بـ«آمن»**؛ فالفيلر غير جراحي، لكنه قد يسبب انسدادًا وعائيًّا يهدد الجلد والبصر.[2] وقدّر المنفعة في ثلاثة أبعاد: **وظيفية تُقاس، وشكلية توصف حدودها بصدق، ونفسية لا يجوز ضمانها**.[3]

وعلامات التوقف توجب التأجيل أو الرفض: طلب نتيجة مستحيلة تشريحيًّا؛ إصرار على مطابقة صورة مصفّاة؛ اعتقاد أن العملية ستعيد زوجًا أو تضمن وظيفة؛ نزاعات متكررة مع جراحين سابقين رغم نتائج مقبولة؛ طلب قاصر لإجراء غير ضروري؛ اضطراب نفسي غير مستقر. **وعندها يكون الرفض رعاية لا عقوبة.**

واضطراب تشوه الجسد حالة نفسية حقيقية: انشغال مرهق بعيب طفيف أو غير ملحوظ، مع تفقد قهري للمرآة وبحث عن إجراءات متتابعة؛ والجراحة غالبًا لا تعالج جوهره وقد **تنقل الانشغال إلى موضع آخر**. فتُؤجَّل الجراحة الاختيارية ويُحال إلى تقييم نفسي. ولا يعني التاريخ النفسي منعًا آليًّا؛ فالمعيار الحالة الراهنة وأثر الاضطراب في الطلب.[4]

الموافقة والإعلان

الموافقة هنا **حوار لا توقيع**: من سيجري كل جزء ومن سيخدّر ومن سيتابع؛ ووصف الهدف بلغة واقعية؛ والبدائل ومنها عدم التدخل؛ والمخاطر الشائعة والجسيمة والخاصة بهذا الشخص؛ والتعافي والندبات وحدود النتيجة واحتمال المراجعة **وتكلفتها**. **والمحاكاة الحاسوبية وسيلة نقاش لا وعد تعاقدي.** ولا خصم «لليوم فقط»، ولا عربون كبير غير مسترد قبل فهم الخطة. وتتجدد الموافقة عند تغير الجراح أو الإجراء أو المادة.[5، 6]

والمؤشرات الحمراء في الإعلان: «بلا مخاطر»، و«نتيجة مضمونة»، وصور قبل/بعد بمرشّح غير معلن، وعدّاد خصم ينتهي اليوم، وشهادة مؤثر بلا إفصاح.[6]

الأساس الشرعي

الأصل الأول: مشروعية إصلاح العيب ورد العضو إلى المعتاد. ودليله حديث عرفجة بن أسعد: «قُطِعَ أَنْفُهُ يَوْمَ الْكُلَابِ فَاتَّخَذَ أَنْفًا مِنْ وَرِقٍ، فَأَنْتَنَ عَلَيْهِ، فَأَمَرَهُ النَّبِيُّ صلى الله عليه وسلم فَاتَّخَذَ أَنْفًا مِنْ ذَهَبٍ» -أخرجه أبو داود برقم (4232).[7] فقد رخّص في الذهب المحرم أصلًا على الرجال لأجل ذلك.

والأصل الثاني: تحريم تغيير الخلقة السوية طلبًا للحسن. ودليله حديث ابن مسعود: «لَعَنَ اللَّهُ الْوَاشِمَاتِ وَالْمُسْتَوْشِمَاتِ، وَالْمُتَنَمِّصَاتِ وَالْمُتَفَلِّجَاتِ لِلْحُسْنِ، الْمُغَيِّرَاتِ خَلْقَ اللَّهِ» -أخرجه البخاري برقم (5931).[8] **وقيد «للحسن»، كما نبّه عليه الفقهاء، هو مفتاح الباب كله.** فلا يُحتج بحديث عرفجة لإباحة كل تجميل، ولا بحديث ابن مسعود لمنع كل ترميم.

وقرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 173 (11/18) هو المرجع الجماعي المركزي. اشترط: «أن تحقق الجراحة مصلحة معتبرة شرعًا»، و«أن لا يترتب على الجراحة ضرر يربو على المصلحة المرتجاة»، و«أن يقوم بالعمل طبيب مختص مؤهل»، و«أن يكون العمل الجراحي بإذن المريض»، و«أن يلتزم الطبيب بالتبصير الواعي بالأخطار والمضاعفات»، و«أن لا يكون هناك طريق آخر للعلاج أقل تأثيرًا ومساسًا بالجسم من الجراحة».[9]

وأجاز الجراحة **الضرورية والحاجية**: إعادة الشكل إلى ما خُلق عليه، وإعادة الوظيفة المعهودة، وإصلاح العيوب الخلقية (كالشفة المشقوقة) **إذا أدى وجودها إلى أذى مادي أو معنوي مؤثر**، وإصلاح آثار الحروق والحوادث، و«إزالة دمامة تسبب للشخص أذى نفسيًا أو عضويًا». وأجاز التنحيف الجراحي «إذا كان الوزن يشكل حالة

مرضية ولم تكن هناك وسيلة غير الجراحة، بشرط أمن الضرر».

ومنع في المقابل: «جراحة التجميل التحسينية التي لا تدخل في العلاج الطبي، ويقصد منها تغيير خلقة الإنسان السوية تبعًا للهوى والرغبات بالتقليد للآخرين... أو بقصد التدليس وتضليل العدالة». والأقرب في فهم القرار أن لفظ «أذى نفسيًا» لا يجعل كل انزعاج حاجةً؛ إذ اشترط أن يكون الأذى **مؤثرًا** وألا يربو الضرر على المصلحة، وتقدير ذلك في كل حالة اجتهاد يُبنى على تقييم متخصص.[9]

وقرار رقم 142 (8/15) في ضمان الطبيب يصيب مواطن الخلل الشائعة في سوق التجميل: الجهل بالفرع، وتجاوز الاختصاص، والتغرير، وغياب الإذن، والتقصير؛ وتفصيل الضمان في الفصلين العاشر والحادي عشر. ونصّ على أن «تكون المؤسسة الصحية (عامة أو خاصة) مسؤولة عن الأضرار إذا قصرت في التزاماتها، أو صدرت عنها تعليمات ترتب عليها ضرر بالمرضى دون مسوغ».[10]

وقرار رقم 172 (10/18) أجاز «اتخاذ التدابير والإجراءات الطبية اللازمة في الحالات الإسعافية دون حاجة إلى أخذ موافقة المريض أو وليه» بشروطه. لكنه نصّ صراحةً على «تأجيل البت» في صور منها رفض المريض الإذن في العمليات المستعجلة، ورفض الحامل الموافقة على القيصرية مع الخطر على الجنين؛ وتفصيل استثناء الطوارئ في الفصل الخامس. [11] والحاصل أن تعذّر أخذ الموافقة شيء، والرفض الواعي شيء آخر.

ثم عاد المجمع إلى الصور التي أرجأ البت فيها فحسمها في القرار رقم 184 (10/19). فنصّ في «ثانيًا» على أن المريض كامل الأهلية تام الوعي إذا قرر الأطباء أن حالته مستعجلة «فإن إعطاء الإذن بعلاجه واجب شرعًا يأثم المريض بتركه»، وأنه «يجوز للطبيب إجراء التدخل العلاجي اللازم إنقاذًا لحياة المريض استنادًا لأحكام الضرورة في الشريعة». ونصّ في «رابعًا» على أنه «إذا كانت الجراحة القيصرية ضرورية لإنقاذ حياة الجنين أو الأم أو هما معًا ورفض الزوجان أو أحدهما الإذن بذلك، فلا يعتد بهذا الرفض وينتقل الحق بذلك إلى ولي الأمر أو من ينيبه». وقيّد ذلك كله في «خامسًا» بأن يشرح الطبيب للمريض أو وليه أهمية العلاج وخطورة الحالة والآثار المترتبة على رفضه، وأن يوثّق الإصرار على الرفض، وأن يتولى فريق طبي لا يقل عن ثلاثة أطباء استشاريين -ليس الطبيب المعالج من بينهم- التأكد من التشخيص والعلاج المقترح. [12] والذي أختاره في التنزيل، كما تقدم في الفصل الخامس، أن الإثم في ذمة المريض حكم تكليفي لا يمنح

الطبيب سلطة الإكراه الجسدي على كامل الأهلية؛ فيُستنفد الإقناع ويوثَّق الرفض، وفي صورة القيصرية المنقذة يُرفع الأمر إلى الجهة المختصة التي نقل إليها القرار الحق، ولا يفتات عليها الفريق بتنفيذ قسري من تلقاء نفسه.

و **أفتت اللجنة الدائمة** في تجميل الأنف بقيود صريحة، وهي فتوى في واقعة بعينها تُنقل إلى غيرها بتطابق المناط: «إذا كان الواقع كما ذكر، ورجي نجاح العملية، ولم ينشأ عنها مضرة راجحة، جاز إجراؤها تحقيقًا للمصلحة المنشودة، وإلا فلا يجوز».[13]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
المزاولة، المادة 7	حظر الأساليب غير المعترف بها علميًّا
المزاولة، المادة 9	مصلحة المريض، وحظر تجاوز الاختصاص[14]
المزاولة، المادة 10	تقييد الإعلان والدعاية للشخص
المزاولة، المادة 18	شرح الوضع الجراحي وآثاره
المزاولة، المادة 19	الرضا، واستثناء تعذر الموافقة
المزاولة، المادة 26	التزام ببذل عناية لا بضمان نتيجة
المزاولة، المادة 27	صور الخطأ الموجب للتعويض
حماية البيانات الشخصية	البيانات الصحية بيانات حساسة[15]
حماية الطفل، المادة 1	الطفل دون الثامنة عشرة

وتحفظ نصّ **المادة التاسعة**: «يجب أن يستهدف العمل الطبي دائمًا مصلحة المريض... ولا يجوز للممارس الصحي -في غير حالة الضرورة -أن يقوم بعمل يجاوز اختصاصه أو إمكاناته». وتكمّلها اللائحة التنفيذية بنص أصرح: «**يجب على الممارس الصحي ألا يقوم بإجراء أي عمل طبي لا يحقق فائدة للمريض حتى ولو لم يترتب عليه ضرر**».[16] فدَفْع المراجع المقابلَ ورضاه لا يصنعان «مصلحة» طبية، ونجاح إعلان المنشأة لا يوسّع اختصاصك ولا إمكاناتك.

وتقيم **المادتان 26 و27** معًا المعادلة العادلة: **لا ضمان نتيجة، ولا إفلات من خطأ**. فالمضاعفة المعروفة مع استطباب صحيح وممارس مؤهل وتبصير موثق لا توجب التعويض بذاتها؛ أما الجراحة بلا مسوّغ، أو من غير مختص، أو بتقنية تجريبية تُسوَّق كخدمة، أو مع إهمال المتابعة، فمن صور الخطأ المنصوصة.[14]

وفي التصوير: تحظر اللائحة تصوير أو نشر العمليات ما لم تتوافر: موافقة خطية

من المريض، وموافقة المؤسسة الصحية، وألا يخالف الآداب العامة وأخلاقيات المهنة.[16] والقاعدة العملية: **موافقة العلاج لا تبيح التصوير، وموافقة التصوير لا تبيح النشر**، والنشر الدعائي يحتاج موافقة مستقلة محددة الغرض والمدة والمنصة.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
مشروعية إصلاح العيب ورد العضو إلى خلقته المعتادة	نص (حديث حسن)	حديث عرفجة بن أسعد[7]
تحريم تغيير الخلقة السوية طلبًا للحسن	نص قطعي	حديث ابن مسعود في صحيح البخاري[8]
شروط جواز الجراحة التجميلية الستة، وإجازة الضرورية والحاجية، ومنع التحسينية للهوى أو التدليس	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 173 (11/18)[9]
ضمان الطبيب والمؤسسة عند الجهل وتجاوز الاختصاص والتغرير وغياب الإذن والتقصير	قرار مجمعي	القرار 142 (8/15)[10]
جواز التدابير الإسعافية بلا إذن بشروطها، وإرجاء البت في صور الرفض الصريح	قرار مجمعي	القرار 172 (10/18)[11]
وجوب الإذن على كامل الأهلية في الحالة المستعجلة مع الإثم بتركه؛ وعدم الاعتداد برفض الزوجين القيصرية المنقذة وانتقال الحق إلى ولي الأمر أو من ينيبه؛ بعد الشرح والتوثيق وتأكد ثلاثة استشاريين ليس المعالج منهم	قرار مجمعي	القرار 184 (10/19) [12]
جواز تجميل الأنف إذا رُجي النجاح ولم تنشأ مضرة راجحة	فتوى	اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء[13]
«الأذى النفسي المؤثر» لا يشمل كل انزعاج، والرفض الواعي غير تعذر الموافقة، وإثم ترك الإذن لا يبيح الإكراه الجسدي بل رفع الأمر إلى الجهة المختصة	اجتهاد المؤلف	فهم القرارات 173 و172 و184 [9، 11، 12]

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **توقيع نموذج الموافقة لا يجعل العملية الضارة مشروعة.**

- **القدرة الفنية على إجراء العملية لا تعني وجوب إجرائها.**
- **مو افقة الولي لا تبيح جراحة تجميلية محضة لطفل.**
- **المضاعفة المذكورة في الورقة لا تمحو خطأ الإهمال في علاجها.**
- **الاستدلال باسم الفتوى أو النظام من غير نصه وقيوده يفسد الحكم.**

خلاصة عملية

الجراحة الجيدة هي الإجراء المناسب للشخص المناسب في المكان والوقت المناسبين، لا مجرد مهارة يد. واسأل قبل كل تدخل اختياري: ما المشكلة التي أعالجها؟ وهل المنفعة تفوق الخطر بعد حساب البدائل وخيار عدم التدخل؟ وهل أنا والمنشأة قادران على **إنقاذ المضاعفة** لا على الإجراء وحده؟ وإذا تعذّر الترجيح لنقص معلومة حاسمة -كشك في الأهلية أو في حقيقة الدافع -فالقرار المؤقت هو **الأقل ضررًا والقابل للتراجع: التأجيل والتقييم، لا التنفيذ.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: تجميل أنف يجمع إصلاح الوظيفة وتعديل الشكل

| **السيناريو**. رجل عمره 29 سنة يعاني انسدادًا أنفيًا مزمنًا بعد إصابة قديمة، ويظهر الفحص انحرافًا في الحاجز وتضيقًا في الصمام الأنفي. يطلب في العملية نفسها تصغير حدبة الأنف ورفع طرفه استنادًا إلى محاكاة رقمية، ويقول إن التكلفة لا تهم «إذا ضمن الطبيب النتيجة».

السؤال الحاسم. كيف يفصل الفريق بين الحاجة العلاجية والزيادة الشكلية، فلا تتحول المحاكاة إلى وعد، ولا تمنح الحاجة العلاجية غطاء لكل تعديل؟

| **الركن الطبي**. يثبت الانسداد بالفحص ويوثق أثره، وتبنى خطة وظيفية محددة، ثم يقيم كل تعديل شكلي على حدة من جهة قابليته وأثره في مجرى الهواء والدعامات. ويشرح أن التنفس قد يتحسن ولا يضمن كماله، وأن التورم يطول، وأن عدم التماثل والحاجة إلى مراجعة واردان، وأن المحاكاة أداة تفاهم لا تنبؤ [3].

| **الركن الأخلاقي**. رغبة المراجع معتبرة، لكن طلب «الضمان» يكشف توقعًا يحتاج تصحيحًا قبل أي موافقة. تعرض صور نتائج متنوعة، ويفصل في التسعير والموافقة بين الجزء الوظيفي والجزء الشكلي، ويمنح وقتًا للتفكير. فإن بقي قبوله مشروطًا بمطابقة الصورة، أجل التدخل لأن رضاه مبني على فهم خاطئ [5، 17].

| **الركن الفقهي**. إصلاح الانحراف والانسداد من التداوي وإعادة «الوظيفة المعهودة» المنصوص عليها في قرار 173 المتقدم نصه [9]. والتعديل الشكلي التابع جائز إذا بقي في حدود إزالة

عيب أو تحسين معتدل بلا ضرر راجح ولا تدليس؛ ولا تحمل الحاجة العلاجية زيادة لا تتوقف عليها، عملًا بقاعدة تقدير ما أبيح للحاجة بقدرها.

| **الركن النظامي**. توجب المادة الثامنة عشرة شرح الوضع الجراحي وآثاره، واللائحة بيان المضاعفات [14، 16]. ويوثق التشخيص وخطة كل جزء ومن سيجريه، ويمنع أي إعلان أو وعد بالضمان [14]. وإذا كان امتياز الجراح أو تجهيز المنشأة لا يشمل بعض التقنيات، اقتصر على المأمون أو أحيلت الحالة.

القرار المهني الموزون. يقبل الإصلاح الوظيفي، ويقبل التعديل الشكلي المحافظ المتوافق مع التشريح بعد فصل الأهداف والمخاطر والتكلفة وتصحيح توقع «الكمال» وتوثيق أن المحاكاة غير ملزمة. ويرفض الجزء الشكلي وحده إذا أصر المراجع على مطابقة الصورة أو طلب تعديلًا يهدد التنفس. ويعاد النظر بعد استقرار التوقعات، أو عند ظهور معطى وظيفي جديد.

الحالة الثانية: طلب عملية خامسة مع احتمال اضطراب تشوه الجسد

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

السؤال الحاسم. هل احترام اختيارها يكون بإجراء التعديل، أم أن الرفض والإحالة هما الرعاية الصحيحة؟ وكيف تدار السلامة النفسية والتهديد بلا وصم؟

| **الركن الطبي**. العمليات المتكررة ترفع صعوبة التشريح والندبات وتخفض احتمال النفع، وقد لا يكون «العيب» المدرك قابلًا للتصحيح أصلًا. ونتيجة الفرز مع نمط الانشغال والتكرار تستلزم تقييمًا نفسيًا مختصًا [4، 20]، وتقيم أفكار الإيذاء فورًا وفق بروتوكول السلامة. ولا يصح وعدها بتحسن نفسي لا يدعمه الدليل [3].

| **الركن الأخلاقي**. الاستقلالية تتطلب قدرة على تقدير العواقب، لا مجرد إصرار. وحين يرجح أن الجراحة تغذي دائرة المرض يكون الرفض عين الإحسان وعدم الإضرار. ويشرح لها أن القرار ليس إنكارًا لمعاناتها، وأن معاناتها حقيقية لكن علاجها غالبًا ليس في غرفة العمليات. ولا يشترى القرار بالمال ولا يغير بالتهديد، ولا تهجر بلا مسار رعاية.

| **الركن الفقهي**. لا تثبت الحاجة المعتبرة بشدة الرغبة إذا كانت ناشئة عن تصور مرضي ويغلب أن يزيد التدخل الضرر؛ فتنخرم ضوابط قرار 173 في المنفعة وعدم رجحان الضرر [9]. وتشمل قاعدة حفظ العقل والنفس حمايتها من دورة لا تنتهي، ويدخل بيع أمل يعلم الطبيب ضعفه في التغرير المنصوص في قرار 142 [10].

| الركن النظامي. حظر العمل الطبي الذي لا يحقق فائدة، المنصوص في اللائحة التنفيذية المكملة للمادة التاسعة [14، 16]، يمنع التنفيذ. وتوثق الملاحظات بموضوعية ويحفظ سرها [15]، وتعرض إحالة نفسية، ويفعل مسار الطوارئ النفسية عند خطر وشيك. وتدار شكواها أو تهديدها عبر القنوات النظامية من غير إفشاء لبياناتها.

القرار المهني الموزون. ترفض العملية الخامسة في الوقت الحاضر، ويجرى تقييم سلامة نفسية عاجل، ثم إحالة محترمة لمختص الصحة النفسية مع بقاء باب الرعاية غير الجراحية مفتوحًا. ويعاد النظر مستقبلًا فقط بعد استقرار نفسي موثق، وتوقع واقعي، وعيب قابل للإصلاح، ومنفعة تفوق الخطر، ويفضل برأي مستقل ثانٍ.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

تغيير لون العين في عين سليمة. الجواب: يرفض زرع القزحية التجميلي وليزر إزالة صبغة القزحية رفضًا مسببًا موثقًا، ولا تكتب رسالة طمأنة تخالف الواقع. وضابطه أن سلسلة فرنسية سجلت مضاعفة في 92.3% من العيون ونزعت أغلب الزرعات، ووثقت سلسلة بريطانية زرقًا وتضرر قرنية [21، 22]؛ فينخرم شرطا قرار 173: المصلحة المعتبرة وألا يربو الضرر [9]، ويحظر النظام الأساليب غير المعترف بها علميًا [14]. والبديل عدسات ملونة موصوفة طبيًا.

قاصر تطلب ملامح مرشح رقمي. الجواب: يؤجل الإجراء ولو وافق الولي، ويلغى أثر الخصم المحدود زمنيًا على القرار، وتقدم استشارة غير بيعية مع دعم للتنمر وفرز نفسي عند اللزوم. وضابطه أن العضو سليم فلا استطباب، والنمو قد لا يكون مكتملًا، والهدف متغير خلال أسابيع؛ وقد منع قرار 173 تغيير الخلقة السوية تبعًا للهوى والتقليد ومثل له بتغيير شكل الأنف [9]، وموافقة الولي لا تنشئ مصلحة لطفل بنص نظام حماية الطفل [23].

جراحة سمنة خارج المؤشرات المعتمدة. الجواب: ترفض في الوقت الحاضر، ويحال المراجع إلى برنامج منظم للتغذية والنشاط والسلوك مع قياس ومتابعة، ولا يعاد النظر إلا بتغير معاييره الطبية لا باقتراب موعد اجتماعي. وضابطه أن المؤشرات المهنية تبدأ من مؤشر كتلة 35، أو 30 مع السكري [24]، وأن قرار 173 قيد التنحيف الجراحي بأن يشكل الوزن حالة مرضية وألا توجد وسيلة سواه بشرط أمن الضرر [9].

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. أيّ العبارات أدقّ في التفريق بين حديث عرفجة وحديث ابن مسعود؟

أ) حديث عرفجة يبيح كل جراحة تجميلية لأن الأنف عضو جمالي

ب) الحديثان متعارضان ويُرجَّح أصحهما سندًا

ج) حديث ابن مسعود يمنع كل تدخل على الظاهر بما فيه الترميم

د) الأول يؤسس مشروعية رد العضو إلى المعتاد، والثاني يمنع تغيير الخلقة السوية «للحسن» - وبهما يستقيم الميزان

2. مراجع يطلب حقن مادة «منشطة للبشرة» لا دليل على فائدتها، ويقول: «ما دامت لا تضر ولا تُحدث مضاعفات، فلمَ الرفض؟». ما الجواب المستند إلى نظام المزاولة ولائحته؟

أ) يُنفَّذ الطلب لأن انتفاء الضرر يكفي مسوّغًا نظاميًّا

ب) يُرفض؛ فالعمل الطبي يجب أن يستهدف مصلحة المريض، واللائحة تمنع إجراء أي عمل طبي لا يحقق فائدة للمريض حتى ولو لم يترتب عليه ضرر

ج) يُنفَّذ بعد توقيع إقرار بأن المراجع طلبه بنفسه

د) يُرفض فقط إذا كانت المادة غير مسجلة لدى هيئة الغذاء والدواء

3. بعد شد بطن باستطباب صحيح وجراح مؤهل وتبصير موثق ظهرت ندبة ضخامية مذكورة في المو افقة، ثم أُهملت متابعة عدوى بالجرح حتى تفاقمت. كيف تُقيَّم المسؤولية وفق المادتين 26 و27؟

أ) يُعوَّض المريض عن الندبة والعدوى معًا لأن النتيجة لم تكن كما توقع

ب) الندبة مضاعفة معروفة مع استطباب وتأهيل وتبصير فلا توجب التعويض بذاتها، أما إهمال متابعة العدوى فمن صور الخطأ الموجب للمسؤولية

ج) لا مسؤولية في الأمرين لأن المريض وقّع نموذج المخاطر

د) تنتقل المسؤولية كلها إلى المنشأة لأن العدوى حدثت داخلها

مفتاح الإجابات

1) د • 2) ب • 3) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

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

[2] U.S. Food and Drug Administration. Dermal Fillers (Soft Tissue Fillers): risks including vascular occlusion. المصدر الرسمي

[3] Watts J, et al. Psychosocial outcomes of cosmetic surgery: a systematic review of prospective controlled studies. 2025. PubMed

[4] Joseph AW, et al. Prevalence of body dysmorphic disorder and surgeon diagnostic accuracy in facial plastic and oculoplastic surgery clinics. JAMA Facial Plastic Surgery. 2017. PubMed

[5]Barone M, et al. Patients' comprehension and expectations in informed consent for aesthetic surgery. 2015. PubMed

[6]General Medical Council (UK). Guidance for Doctors Who Offer Cosmetic Interventions. Updated December 2024. المصدر الرسمي

[7] حديث عرفجة بن أسعد رضي الله عنه في اتخاذ أنف من ذهب. سنن أبي داود، كتاب الخاتم، حديث رقم (4232)، وحسنه الألباني. المصدر الرسمي

[8] حديث عبد الله بن مسعود رضي الله عنه في لعن الواشمات والمتنمصات والمتفلجات للحسن المغيرات خلق الله. صحيح البخاري، كتاب اللباس، حديث رقم (5931). المصدر الرسمي

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 173 (11/18) بشأن الجراحة التجميلية وأحكامها، الدورة الثامنة عشرة، بوتراجايا (ماليزيا)، 24–29 جمادى الآخرة 1428هـ / 9–14 يوليو 2007م. المصدر الرسمي

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 142 (8/15) بشأن مسؤولية الطبيب (ضمان الطبيب)، الدورة الخامسة عشرة، مسقط، 14–19 المحرم 1425هـ / 6–11 مارس 2004م. المصدر الرسمي

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 172 (10/18) بشأن الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة، الدورة الثامنة عشرة، بوتراجايا، 1428هـ / 2007م. المصدر الرسمي

[12] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 184 (10/19) بشأن الإذن في العمليات الطبية المستعجلة، الدورة التاسعة عشرة، الشارقة، 1–5 جمادى الأولى 1430هـ / 26–30 أبريل 2009م.

[13] اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. فتاوى اللجنة الدائمة، المجموعة الأولى، ج25 (باب جراحة التجميل)، ومنها فتويا تصغير الأنف للشاب والمرأة (المرقمتان في المصادر الناقلة 5408 و9204). الرئاسة العامة للبحوث العلمية والإفتاء. المصدر الرسمي

[14] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، وقرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 1426/11/3هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. المصدر الرسمي

[15] المملكة العربية السعودية. نظام حماية البيانات الشخصية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 1443/2/9هـ، المعدل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 1444/9/5هـ. المصدر الرسمي

[16] اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، النسخة المنشورة عبر الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، أكتوبر 2024م. المصدر الرسمي

[17]Hagopian TM, et al. Informed consent practices and verification of understanding

among plastic surgeons. 2020. PubMed

[18] المملكة العربية السعودية. نظام المؤسسات الصحية الخاصة، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/40) وتاريخ 1423/11/3هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. المصدر الرسمي

[19] وزارة العدل السعودية. الدليل التعريفي بالقضاء الطبي. المصدر الرسمي

[20]Mortada H, et al. Body dysmorphic disorder among patients attending dermatology and cosmetic clinics in Saudi Arabia. 2020. PubMed

[21]French multicenter series on complications of cosmetic iris implants. 2020. PubMed

[22]Moorfields Eye Hospital series on cosmetic iris implant complications and salvage surgery. 2025. PubMed

[23] المملكة العربية السعودية. نظام حماية الطفل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/14) وتاريخ 1436/2/3هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. المصدر الرسمي

[24]American Society for Metabolic and Bariatric Surgery & International Federation for the Surgery of Obesity. 2022Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. المصدر الرسمي

أخلاقيات طب الأسنان والأشعة والمختبرات

Chapter 30 -Ethics in Dentistry, Radiology, and Laboratory Medicine

كل تغيّرٍ في الغرض من رعاية إلى نشر يستأنف الإذن من جديد.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

طب الأسنان والأشعة والمختبر يلتقي فيها أنها **طب تشخيصي وتداخلي معًا**: فصورة الأشعة قد تكشف مرضًا لم يُطلب البحث عنه، وعينة الدم قد تنتج قيمة حرجة قبل أن يراها الطبيب، والسن المستأصل قد ينتقل من جزء من جسد المريض إلى مادة تشخيصية أو تعليمية أو بحثية.

ولذلك لا يكفي سؤال «من يملك الشيء؟» بل: **لماذا أُخذ؟ ومن يحرسه ويقرأه ويبلّغ عنه؟ وما الاستخدام الذي و افق عليه المريض؟**

والفحص الأخلاقي ليس إجراءً ينتهي عند أخذ العينة أو التقاط الصورة؛ بل **سلسلة أمان** تبدأ بسؤال مبرَّر وموافقة مناسبة، وتمر بتعريف صحيح وجودة وحماية، وتنتهي بتفسير النتيجة وإيصال المهم منها **وإغلاق المتابعة**.

القواعد الخمس الحاكمة

- **لا تطلب فحصًا** ما لم تعرف السؤال وما الذي سيتغير بالجواب.
- **مستوى الإذن يتناسب مع أثر الإجراء** لا مع اسم النموذج.
- **من وسّع مجال الصورة لزمه قارئ يغطي المجال كله.**
- **النتيجة لا تُعدّ مبلَّغة** حتى يستلمها من يستطيع التصرف.
- **العينة تُحفظ بوصف المنشأة وصيًّا** لمصلحة المريض لا مالكًا بلا قيد.

فروق تمنع الخلط

- **المو افقة العامة للعلاج** ليست تفويضًا مفتوحًا لكل إجراء؛ يُعاد الشرح عندما يتغير الغرض أو الخطر، أو يتدخل التخدير أو الصبغة أو البحث.
- **النتيجة العرضية** ليست النتيجة الحرجة: العرضية خارج السؤال الأصلي، والحرجة تستلزم استجابة عاجلة ولو كانت ضمن السؤال.

• **النتيجة الشاذة** ليست المرض المؤكد؛ تُفسَّر بحسب جودة العينة والمرجع والاحتمال القبلي.

• **التبرير غير التحسين**: الأول يقرر **هل** نصوّر، والثاني يقرر **كيف** نصوّر بجرعة وتقنية مناسبة.[1]

• **المستوى المرجعي للجرعة** ليس حدًّا فرديًّا للمريض؛ هو أداة تحسين ومراجعة جودة لا عتبة آلية تمنع فحصًا مبرَّرًا.[1]

• **إخفاء الهوية** ليس الترميز: العينة المرمَّزة قد تُعاد نسبتها بمفتاح، فتبقى لها مخاطر بيانات وحوكمة.

• **العينة المتبقية** ليست عينة بحثية مباحة تلقائيًّا؛ فتغيّر الغرض من الرعاية إلى البحث يستدعي مسار النظام واللجنة.

• **حيازة المنشأة** ليست ملكية مطلقة؛ فهي لخدمة التشخيص والحفظ، ولا تبيح بيع العينة ولا استعمالها خارج الغرض.

• **حق نسخة من التقرير أو الصورة** ليس حق إخراج الأصل الوحيد دائمًا؛ فقد يلزم حفظ الأصل أو الشريحة أو البلوك لاستمرار الرعاية.

في التصوير: التبرير ثم التحسين

التبرير ثلاث طبقات: صلاحية نوع الفحص عمومًا، وصلاحيته للسؤال الطبي، **وصلاحيته لهذا المريض الآن**. راجع التصوير السابق، والحمل المحتمل عند صلته بالمجال والجرعة، والعمر، ووظيفة الكلية وحساسية الصبغة، والبدائل كالموجات فوق الصوتية أو الرنين. **ولا تمنع كلمة «حامل» فحصًا منقذًا، ولا تبرر طمأنة مبهمة.**

وحدود الجرعة المقررة للعاملين والجمهور لا تنطبق بالطريقة نفسها على تعرض المريض الطبي؛ لأن الإجراء المبرَّر قد يحتاج جرعة تحقق الغرض -**ولهذا تتعاظم أهمية التبرير والتحسين والمستويات المرجعية**.[1]

وفي CBCT قد يمتد المجال إلى الجيوب والطرق الهوائية والعظم؛ فيجب أن يكون قارئ الصورة مؤهلًا للنطاق كله أو يحيلها إلى اختصاصي أشعة فم ووجه وفكين. **ولا يسوغ مهنيًّا تجاهل ما ظهر خارج موضع الزرعة بحجة أنه لم يكن سبب الطلب.** وقد وجدت مراجعة منهجية لعشر دراسات أن الموجودات العرضية في CBCT شائعة بنطاق شديد التفاوت، بينما كانت المهدِّدة نادرة نسبيًّا.[2]

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

وصنّف الموجودات قبل التصوير لا بعده. فالحرجة الفورية تستوجب اتصالًا مباشرًا آمنًا وتأكيد استلام وتصعيدًا وتوثيق زمن. والمهمة القابلة للتصرف تستوجب توصية واضحة ومهمة متابعة بزمن. وغير العاجلة يُكتفى فيها بوصف متزن بلا تخويف. وغير المؤكدة بسبب جودة الصورة **يُفصَح عن قيدها ولا يُحوَّل الشك الفني إلى تشخيص.**[3]

في المختبر: الأخلاق تبدأ قبل الجهاز

المرحلة السابقة للتحليل تشمل صحة الطلب، وتعريف المريض بعامِلَي تعريف مناسبين، واختيار الأنبوب والوقت، والخصوصية أثناء الجمع. وتشمل كذلك رفض عينة غير صالحة **مع تفسير.**[4] فالعينة الملوثة أو المنحلة أو الموسومة خطأ قد تنتج قرارًا خطيرًا مهما كانت الآلة دقيقة. **وللمختبر سلطة إيقاف النتيجة أو طلب عينة جديدة** عندما تُمسّ السلامة، مع عدم تعطيل حالة حرجة بلا تواصل.

والقيمة الحرجة لا تُعدّ مبلَّغة بوصولها إلى بوابة المريض. تُبنى قائمة محلية مع التخصصات، ويُستعمل اتصال موثق وقراءة راجعة وتصعيد وتوثيق زمن.[5] والإفراط في التنبيه إرهاق، ونقصه ضرر.

انتبه: لا تُرسل تصحيحًا صامتًا. النتيجة التي بُني عليها قرار ثم تبيّن خطؤها تحتاج إصدارًا جديدًا يُظهر التعديل ويربطه بالقديم، وتبليغًا نشطًا لكل من تلقّى النتيجة الأولى أو تصرّف بموجبها. **التصحيح لا يكتمل بتحديث السجل، بل بوصوله إلى من يستطيع تغيير القرار.**[4]

العينة: دورة حياة لا لحظة جمع

عرّف كل عينة بالغرض: تشخيص، أو علاج، أو ضبط جودة، أو تعليم، أو بحث. فإن أُخذت خزعة للتشخيص فالأولوية حفظ مادة كافية للرعاية؛ **ولا يسوغ استنزاف البلوك في بحث يهدد إعادة التشخيص.**[6] والاستخدام البحثي لعينة متبقية ليس امتدادًا تلقائيًا للتشخيص.[7]

وفي الأسنان المستأصلة حدّد قبل نقلها إلى التعليم أو البحث: هل يحتاجها التشخيص؟ هل تحمل عدوى؟ هل يمكن إزالة الهوية؟ وهل حصلت الموافقة اللازمة؟ **فالإذن في الخلع ليس إذنًا في الانتفاع.**

الأساس الشرعي

﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ﴾، ومعها الأمانة والعدل والنهي عن التجسس، وقاعدة «لا ضرر ولا ضرار». وتعمل هنا أربع قواعد فقهية كلية. **الضرر يزال**: بتصحيح نتيجة خاطئة، ومنع تكرار إشعاع غير مبرر، وإبلاغ قيمة حرجة. و**الضرورة تقدر بقدرها**: فلا تتحول إلى إذن دائم للبحث أو النشر. و**اليقين لا يزول بالشك**: فلا يُشخَّص مرض من نتيجة هامشية أو عينة رديئة. و**الأمور بمقاصدها**: ففرقٌ بين عينة للتشخيص وعينة للبحث، وحسن نية الباحث لا يغني عن الإذن والحوكمة.

والإذن معتبر شرعًا لأن التصرف يمس الجسد والخصوصية، وتفصيله في الفصل الخامس؛ لكنه ليس إذنًا بالضرر ولا الاتجار ولا تجاوز الاختصاص. **والأقرب أن الإذن في العلاج لا يستلزم إذنًا في البحث أو النشر أو التسويق**، وعليه جرى دليل الإذن الطبي.[8]

وأربعة قرارات لمجمع الفقه الإسلامي الدولي تخصّك:

• **رقم 161 (10/17)** في ضوابط البحوث الطبية البيولوجية على الإنسان، وفيه العبارة الجامعة: «**حق الآدمي لا يجوز لغيره التصرف فيه بغير إذنه**»؛ وتفصيل أخلاقيات البحث في الفصل الثامن والأربعين.[9]

• **رقم 79 (10/8)** في السر: السر أمانة، والأصل حظر إفشائه، ويتأكد في المهن الطبية؛ وتفصيله في الفصل السابع. والأقرب أنه يشمل التقارير والصور والنتائج وبيانات العينات، لا أقوال المريض وحدها.[10]

• **رقم 203 (9/21)** في التحليل الجيني: اشترط تقييم المنافع والأخطار والإذن الصحيح، وأثبت **حق الشخص في أن يقرر معرفته بالنتائج**، وأكد السرية وعدم التمييز وصيانة العينات من الخلط.[11]

• **رقم 26 (1/4)**: عرّف العضو تعريفًا واسعًا يشمل الأنسجة والخلايا والدم، ووضع ضوابط الانتفاع بأجزاء الإنسان **ومنع المتاجرة**.[12]

وفي النتيجة العرضية: إذا خصّت صاحبها فالنصيحة والإحسان يقتضيان إبلاغه بما ينفعه بطريقة لا تروّعه مع حفظ السر. وإذا مسّت قريبًا فلا ينتقل الإفصاح مباشرة؛ يبدأ بإقناع المريض وإذنه، ثم يُفحص مقدار الضرر واحتماله وقابليته للمنع والبدائل، ثم يُرجَع إلى النظام واللجنة. **والذي أختاره في التنزيل، بناءً على استثناء القرار 79 وقواعد الضرر، أن الضرر المحتمل الضعيف لا يرفع السرية، وأن الضرر الجسيم المتعيّن قد يغيّر الحكم بقدر الحاجة.**

النصوص التي تحكم عملك في المملكة	
النص	**ما يقرره**
المزاولة، المادة 15	العناية والاستعانة ودقة النتائج
المزاولة، المادة 18	الشرح والتحذير
المزاولة، المادة 19	الرضا، واستثناء الطوارئ
المزاولة، المادة 21	حماية السر
المزاولة، 26 و27	عناية يقظة، ونقص المتابعة خطأ
حماية البيانات الشخصية	البيانات الصحية والوراثية حساسة[13]
البحث، المادة 14	استثناء اللجنة من الموافقة
البحث، المادة 19	حظر الاتجار بالأنسجة والبيانات
البحث، المادة 20	الاستفادة البحثية من المستأصل
الاستخدامات النووية والإشعاعية	الترخيص والتبرير والتحسين[14]

وتلزم المادة الخامسة عشرة بالتشخيص بالعناية والوسائل الملائمة والاستعانة بمن تدعو إليه الحالة، **وبإعطاء المريض ما يطلبه عن صحته ونتائج فحوصه بدقة وموضوعية**. ومقتضاها عمليًّا أن نتيجة المختبر أو الأشعة **لا تُعدّ منجزة مهنيًّا لمجرد وجودها في النظام** إذا كانت خطرة ولم تُفسَّر أو تُبلَّغ أو تُتابَع وفق معيار العناية. والموافقة لا تعفي من الخطأ الفني ولا من نقص المتابعة.[15]

وفي البحث: تجيز المادة الرابعة عشرة **للجنة المحلية** الموافقة دون موافقة بعد التبصير في حالة محددة عندما يتعذر ربط معلومات السجلات أو العينات المرضية بالشخص أو تكون النتائج عامة -**ولا يقرر ذلك الباحث منفردًا**. وتحظر المادة التاسعة عشرة الاتجار بالأنسجة والخلايا والبيانات الوراثية. وتجيز المادة العشرون الاستفادة البحثية من عضو استُؤصل لغرض طبي **بعد الموافقة بعد التبصير**.[7]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل		
الحكم أو القاعدة	**مرتبته**	**مصدره**
كرامة الإنسان، والأمانة، والنهي عن التجسس	نص قطعي	الإسراء: 70، والحجرات: 12
الضرر يزال، والضرورة تقدر بقدرها، واليقين لا يزول بالشك، والأمور بمقاصدها	قواعد فقهية كلية	القواعد الفقهية الكبرى، وتنزيلها على

	متفق عليها	الفحوص اجتهاد
حق الآدمي لا يجوز لغيره التصرف فيه بغير إذنه	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 161 (10/17)[9]
السر أمانة والأصل حظر إفشائه، ويُستثنى ما ضرر كتمانه أرجح	قرار مجمعي	القرار 79 (10/8)[10]
اشتراط الإذن الصحيح في التحليل الجيني، وحق الشخص في تقرير معرفته بالنتائج، والسرية وعدم التمييز	قرار مجمعي	القرار 203 (9/21)[11]
العضو يشمل الأنسجة والخلايا والدم، ومنع المتاجرة بأجزاء الإنسان	قرار مجمعي	القرار 26 (1/4)[12]
الإذن في العلاج لا يستلزم إذنًا في البحث أو النشر، وتدرج الإفصاح للقريب بقدر الضرر	اجتهاد المؤلف	تنزيل القرارين 161 و79[9، 10]

أين يقع الخطأ عادةً؟

الخطأ ليس في اختيار الجهاز، بل في **المفاصل**:

- صورة CBCT تُقرأ في موضع الزرعة ويُترك بقية المجال.
- قيمة حرجة تُترك في رسالة غير مؤكدة أو في بوابة المريض.
- نتيجة تُصحَّح صامتةً بعد أن بُني عليها قرار.
- موافقة علاج تُستعمل ترخيصًا لبحث أو نشر أو تسويق.
- بلوك تشخيصي يُستهلك في دراسة فتضيع إعادة التشخيص.
- إعادة تصوير لأن الصور السابقة غير متاحة -**والتعرض الإضافي لا يبرره قصور إداري**.

خلاصة عملية

اسأل قبل الطلب: هل سيغيّر الفحص التدبير؟ وهل يوجد بديل أقل ضررًا؟ وقبل الإجراء: هل الهوية صحيحة والخصوصية مصانة؟ وعند التفسير: هل الجودة كافية وهل قُرئ **النطاق الكامل**؟ وعند الإبلاغ: هل صُنّفت النتيجة بحسب الاستعجال ووصلت لمن يستطيع التصرف؟ وبعدها: **من يملك مهمة المتابعة حتى الإغلاق؟** وأخيرًا: لماذا تُحفظ العينة أو الصورة، ومن يستطيع الوصول إليها؟ فكل تغيّر في الغرض -من رعاية إلى تعليم

أو بحث أو نشر -**يستأنف الإذن من جديد**.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: موجود عرضي في CBCT قبل زرعة

| **السيناريو:** طلب طبيب أسنان CBCT محدودًا لتخطيط زرعة، وأظهر المجال تكلسًا قرب مسار الشريان السباتي وتغيرًا في الجيب الفكي. المريض بلا أعراض، والطبيب غير واثق من دلالة الموجودين.

| **الركن الطبي:** يُراجع كامل المجال بواسطة من يملك كفاءة أشعة الفم والوجه والفكين، وتُصنف الموجودات بحسب اليقين والقابلية للتصرف. لا يشخص مرض وعائي من الصورة وحدها، ويحال للفحص المناسب إذا رجحت الأهمية.

| **الركن الأخلاقي:** الإبلاغ المتزن يحفظ حق المعرفة ويمنع التهويل. تجاهل المجال إهمال، والتوسع في فحوص لكل تغير بسيط إفراط ضار.

| **الركن الفقهي:** الضرر يزال بقراءة مؤهلة وإحالة متناسبة، واليقين لا يزول بشك؛ فلا يُجزم بمرض من قرينة غير نوعية.

| **الركن النظامي:** المادة 15 توجب العناية والاستعانة والنتيجة الدقيقة. توثق القراءة والتوصية وإبلاغ المريض ومالك المتابعة، مع حماية الصورة وفق نظام البيانات.

القرار المهني الموزون: تُحال الصورة إلى قارئ مؤهل، ويُبلغ المريض بلغة احتمالية واضحة. إذا أكد التقرير موجودًا مهمًا، يُرسل إلى طبيبه لتقييم عوامل الخطر أو التخصص الملائم، وتُغلق المتابعة قبل المضي في خطة اختيارية إذا كان لها أثر مباشر.

ما الذي قد يغيّر القرار؟ إذا وصف الاختصاصي الموجود بأنه شائع منخفض الأهمية بلا توصية، لا يبرر ذلك سلسلة فحوص. أما أعراض عصبية أو علامات عدوى أو كتلة فتغير الاستعجال.

الحالة الثانية: استخدام بقايا خزعة في شراكة تجارية

| **السيناريو:** احتفظ قسم الأمراض بالبلوك بعد اكتمال التشخيص. طلب باحث استخدام المتبقي لدراسة مع شركة تطور اختبارًا تجاريًا، مستندًا إلى موافقة علاج عامة لم تذكر البحث أو الشركة.

| **الركن الطبي:** تُحفظ أولًا مادة كافية لاستمرار الرعاية وإعادة الاختبار. يقيم المشروع علميًا، وتحدد كمية السحب وإمكان إعادة النتيجة.

| **الركن الأخلاقي:** تعارض المصالح والقيمة التجارية ونطاق الموافقة يجب كشفها. لا تُعامل العينة كفضلة بلا صاحب مصلحة أو كملكية مطلقة لأي طرف.

| **الركن الفقهي:** قرار 161 يشترط الإذن والعدالة وعدم الاستغلال، وقرار 26 يمنع المتاجرة بالأجزاء. المنفعة العامة لا تبرر تجاوز الغرض.

| **الركن النظامي:** نظام البحث يوجب اللجنة والموافقة بعد التبصير أو استثناء المادة 14 بشروطها. المادة 19 تحظر الاتجار، والمادة 20 تشترط الموافقة للاستفادة البحثية من المستأصل طبيًا.

القرار المهني الموزون: يوقف الاستخدام حتى موافقة اللجنة وتحديد المسار النظامي. إذا كانت العينة قابلة للربط أو يتضمن المشروع شركة واستخدامًا جديدًا ذا دلالة، تُطلب موافقة مناسبة تذكر الشريك والخصوصية والنتائج. ولا يُستهلك ما تحتاجه رعاية المريض.

ما الذي قد يغيّر القرار؟ إذا استحال الربط فعليًا ووافقت اللجنة ضمن المادة 14 فقد يسمح الاستخدام دون موافقة فردية، لكن لا يسقط ذلك الحوكمة أو منع الاتجار أو أولوية الرعاية.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف تتكرر في العيادة والمختبر وقسم الأشعة، جوابها محسوم بضابط الفصل نفسه فلا تحتاج تحليلًا مطولًا.

سن طفل مستأصل يطلبه المقيم لعرضٍ تدريسي. موافقة العلاج لا تغطي التعليم. يُحدَّد أولًا هل يلزم السن لفحص نسيجي أو يحمل خطر عدوى، ثم تُطبَّق سياسة المنشأة في التعقيم والنفايات. فإن أُريد للتدريس لزم إذن منفصل من الولي ومشاركةُ الطفل بحسب نضجه وإزالةُ أي معرِّف؛ وإن طُلب تسليمه للطفل وسمحت السياسة بعد معالجة خطر العدوى سُلِّم موثقًا، وإلا شُرح سبب المنع. الضابط: الإذن في الخلع ليس إذنًا في الانتفاع.

مريض يطلب أصل البلوك والشرائح لمختبرٍ خارج المملكة. لا يُحسم الأمر بدعوى ملكية مطلقة ولا برفض مطلق. تُيسَّر المراجعة بإرسال شرائح أو مقاطع أو نسخة رقمية، أو بإعارة محكومة بسلسلة تتبع واتفاق إعادة حين تسمح السياسة وضوابط إرسال العينات خارج المملكة، مع بقاء مادة كافية لاستمرار الرعاية وإعادة الاختبار. الضابط: يُيسَّر الوصول ولا يُفوَّت الأصل الذي تتوقف عليه رعاية لاحقة.

نتيجة صدرت ثم تبيّن خطؤها بعد أن بُني عليها قرار. لا يُرسَل تصحيح صامت في النظام. يُظهِر الإصدارُ الجديد التعديلَ ويُربط بالقديم، ويُبلَّغ تبليغًا نشطًا كل من تلقّى النتيجة الأولى أو تصرّف بموجبها، ويوثَّق سبب التصحيح ومن اتصل بمن وأثره في الخطة. الضابط: التصحيح لا يكتمل بتحديث السجل، بل بوصوله إلى من يستطيع تغيير القرار.

طلب استخدام صور «قبل/بعد» أو حالة سنية في التسويق أو منصة اجتماعية. موافقة العلاج ليست موافقة نشر. والمادة القابلة للتعرف -بالوجه أو العلامات التشريحية أو البيانات الوصفية للصورة -تحتاج إذنًا مكتوبًا منفصلًا يحدد الوسيلة والمدة وحق السحب، ولا يُعرض أثر العلاج بوصفه ضمانًا. الضابط: كل تغيّرٍ في الغرض من رعاية إلى نشر يستأنف الإذن من جديد.

طلب إعادة تصوير لأن الصور السابقة غير متاحة في النظام. التعرض الإضافي لا يبرره قصور إداري. يُبحث عن الدراسة السابقة وتقريرها، ويُسأل المريض عما لديه من نسخ؛ فحقه في نسخة من

فحوصه وسيلةٌ لتجنب الإعادة غير اللازمة. ولا تُعاد الدراسة إلا إذا كانت السابقة لا تجيب السؤال أو تغيّرت الحالة. الضابط: التبرير يسبق كل تعرّض ولو كان تكرارًا.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. طبيب أسنان يطلب CBCT لكل مراجع بصورة روتينية، ويقول: «أستعمل أقل جرعة ممكنة، فلا إشكال». أين الخلل؟

أ) لا خلل؛ فخفض الجرعة يحقق التبرير والتحسين معًا

ب) الخلل في التبرير لا التحسين: التحسين يقرر كيف نصوّر، أما التبرير فيقرر هل نصوّر أصلًا لهذا المريض وهذا السؤال، والطلب الروتيني يخلّ به

ج) الخلل أن التبرير من مسؤولية فني الأشعة لا الطبيب الطالب

د) الخلل أن CBCT لا يجوز في طب الأسنان إلا بإذن اختصاصي أشعة

2. أصدر المختبر بوتاسيومًا مرتفعًا جدًّا مع مؤشر انحلال واضح لمريض خارجي، ولم يردّ الطبيب الطالب على اتصالين. ما التصرف؟

أ) تُلغى النتيجة لأن العينة معيبة ويُنتظر طلب جديد

ب) يُعالَج المريض لفرط البوتاسيوم مباشرة عبر الهاتف

ج) تُترك النتيجة في بوابة المريض لأنه سيراها

د) يُفعَّل مسار النتيجة الحرجة حتى تصل إلى مسؤول يستطيع التصرف مع ذكر الانحلال والوقت، ويُتصل بالمريض وفق السياسة لتقييم عاجل أو إعادة عينة، وتُوثَّق المحاولات

3. احتفظ قسم الأمراض بالبلوك بعد التشخيص، وطلب باحث استخدام المتبقي في دراسة مع شركة تطوّر اختبارًا تجاريًّا، مستندًا إلى موافقة علاج عامة لم تذكر البحث ولا الشركة. ما الصحيح؟

أ) يُسمح لأن العينة صارت فضلة بعد اكتمال التشخيص

ب) يُسمح لأن المنفعة العامة تبرر تجاوز نطاق الموافقة

ج) يُوقف الاستخدام حتى موافقة لجنة أخلاقيات البحث وتحديد المسار النظامي، ولا يُستهلك ما تحتاجه رعاية المريض، ويُكشف تعارض المصالح

د) يُسمح بعد نزع الملصق من العينة فقط

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) د • 3) ج

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] IAEA Safety Standards, SSG-46. Radiological Protection and Safety in Medical Uses of

Ionizing Radiation. الرابط

[2]Oxford Academic, Dentomaxillofacial Radiology. Systematic review of incidental findings in CBCT, 2019. الرابط

[3]Oxford Academic, British Journal of Radiology. Incidental findings in medical imaging, 2023. الرابط

[4]ISO 15189:2022. Medical laboratories -Requirements for quality and competence. الرابط

[5]Oxford Academic, Clinical Chemistry. Critical Results in Laboratory Medicine, 2024. الرابط

[6]Oxford Academic, American Journal of Clinical Pathology. Submission and retention of diagnostic tissue blocks, 2020. الرابط

[7] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، م/59 في 1431/9/14هـ، قرار مجلس الوزراء 321 في 1431/9/13هـ الرابط

[8] وزارة الصحة السعودية. دليل الإذن الطبي السعودي، 2019. الرابط

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 161 (10/17) بشأن الضوابط الشرعية للبحوث الطبية البيولوجية، 24–28 يونيو 2006م. الرابط

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية، 21–27 يونيو 1993م. الرابط

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 203 (9/21) بشأن الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري، 18–22 نوفمبر 2013م. الرابط

[12] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 26 (1/4) بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حيًّا كان أو ميتًا، 6–11 فبراير 1988م. الرابط

[13] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام حماية البيانات الشخصية، م/19 في 1443/2/9هـ، المعدل بم/148 في 1444/9/5هـ الرابط

[14] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام الرقابة على الاستخدامات النووية والإشعاعية، م/82 في 1439/7/25هـ، قرار مجلس الوزراء 406 في 1439/7/24هـ الرابط

[15] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مزاولة المهن الصحية، م/59 في 1426/11/4هـ، قرار مجلس الوزراء 276 في 1426/11/3هـ الرابط

أخلاقيات الصيدلة والدواء

Chapter 31 -Pharmacy and Medication Ethics

وما لا تفهمه لا تصرفه، وما جاءك بسبب موقعك فلا تأخذه.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

الصيدلي **آخر حاجز** بين خطأ وقع ومريض يتضرر. فما كتبه الطبيب قد يكون ملتبسًا، وما فهمه المريض قد يكون ناقصًا، وما يصل إلى يد المريض من دواء هو ما يبتلعه فعلًا. ولذلك فمراجعتك للوصفة ليست خدمة إضافية، بل هي **مسوّغ وجودك في السلسلة**؛ فلو كان دورك تسليم العبوة لقام به غيرك.

ويمتاز هذا الباب بخاصية لا تتكرر في غيره: أن الصيدلي يجمع صفتين متوترتين - **أمينٌ على صحة الناس، وصاحبُ منشأة تجارية تبيع**. وأكثر معضلات الفصل تنشأ من هذا التوتر: بين ما يَنفع وما يُباع.

وأخطر ما يقع فيه ثلاثة أمور هادئة لا يشعر صاحبها أنه أخطأ: أن يُصرف مضاد حيوي بلا وصفة «لأن المريض ملحّ»؛ وأن تُقبل منفعة من شركة فتتغير عادة الصرف من حيث لا يشعر صاحبها؛ وأن يُنفَّذ أمر ملتبس بالتخمين لأن الاستيضاح يكلّف دقائق.

من الصرف إلى الرعاية الصيدلانية

انتقل دورك من التركيب والصرف إلى **الرعاية الصيدلانية**؛ أي تحمّل مسؤولية عن نتائج العلاج الدوائي لا عن سلامة العبوة فقط. وله خمس وظائف: المراجعة المهنية للوصفة، والاستيضاح عند الاشتباه، والتثقيف الدوائي، ومتابعة الالتزام والآثار، والمشاركة في ترشيد الاستعمال.[1]

وتقابل هذه التوسعة **قيدٌ لازم**: أنك لا تشخّص ولا تعالج. فالمادة الثالثة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية تحظر على الممارس الصحي -في غير الحالات الطارئة -إجراء الفحوص أو العلاج بمقابل أو بالمجان في الصيدليات أو الأماكن غير المخصصة لذلك.[2]

أين تقع أخطاء الدواء؟

تقع في خمس مراحل: الوصف، ثم النسخ أو الإدخال، ثم الصرف، ثم الإعطاء، ثم

المتابعة. وموقعك في المرحلة الثالثة يجعلك حاجزًا على ما قبلها؛ فمراجعتك قد تكشف خطأ الوصف وخطأ النسخ معًا.[3]

وابدأ التحقق **من المريض قبل المنتج**: الهوية بمعرِّفين، والعمر والوزن، والحمل والرضاعة، والحساسية، والغرض المتوقع، ووظائف الكلى والكبد عند الحاجة، وقائمة الأدوية، ووقت آخر جرعة. ثم اسأل عن الوصفة: أالمريض صحيح؟ أللدواء غرض معقول؟ أالجرعة والطريق والمدة آمنة؟ أثمة حساسية أو تداخل؟ أثمة تكرار باسم تجاري آخر؟ أالمنتج سليم؟ أالمريض يفهم؟

وأشدّ ما تحذر منه **تشابه الأسماء والعبوات**؛ ويُعالَج بالتصميم لا بالتنبيه: الفصل المكاني، والوسم التمييزي، وكتابة الأحرف المميزة بشكل مختلف، والتحقق المزدوج في الأدوية عالية الخطورة.[4]

القاعدة الذهبية: إذا بدت الجرعة أو العبارة غير مألوفة فالتصرف الآمن **التوقف والتحقق لا التخمين**. ومن خمّن فأصاب فقد نجا بالصدفة لا بالمهنية.

وانتبه إلى ترتيب لا يجوز عكسه: لا تصرف أولًا ثم ترسل ملاحظة لاحقة. بل اتصل بالواصف ببيانات محددة واقتراح عملي، ووثّق وقت الاتصال والرد والتعديل. فإن تعذّر الوصول وكانت الحالة عاجلة فصعّد إلى مسؤول سريري وفق السياسة؛ فالرفض المجرد قد يحمّل المريض ضرر الانقطاع.

الصرف بلا وصفة وترشيد المضادات

الصرف بلا وصفة لما تلزم فيه الوصفة ليس تيسيرًا على المريض بل **نقلٌ للخطر إليه**؛ إذ يفوّت التشخيص، ويؤخر كشف علة خطيرة، ويُنشئ تداخلات لا يعلمها الصارف. وأخطر صوره ثلاث: المضادات الحيوية -وأثرها يتعدى المريض إلى المجتمع؛ والستيرويدات -وأثرها تراكمي خفي؛ والمؤثرات العقلية -وأثرها إدماني.

ومقاومة مضادات الميكروبات مسألة **عدالة بين الأجيال** لا سلامة فردية؛ فالضرر يقع على من يأتي بعد هذا المريض.[5] وقد صنّفت منظمة الصحة العالمية المضادات في ثلاث فئات -Access وW atch وReserve- واعتمدت الدول سنة 2024م هدفًا عالميًا بأن تكون أدوية Access -حيث تكون مناسبة -70% على الأقل من الاستهلاك البشري بحلول 2030م.[6]

وأمّا الواقع المحلي فقد قِيس: ففي دراسة «المريض المحاكى» على 327 صيدلية

بالرياض بعد تشديد الإنفاذ سنة 2018م، انخفض صرف المضاد دون وصفة من 77.6% في دراسة سنة 2011م إلى 12.5%. لكن الاستفسار عن الحساسية والحمل والتداخلات بقي منخفضًا.[7] وفي دراسة أثناء جائحة كوفيد-19 صرفت 15.8% من 120 صيدلية مضادات بعد ضغط العميل.[7] ودلالتها لك: **الإنفاذ خفض الصرف ولم يرفع جودة الاستشارة** -والمهارة مطلوبة منك لا من النظام وحده.

تعارض المصالح: الخط الذي لا يُعبر

العلاقة بالشركات ليست محرمة في أصلها عند عامة المعاصرين؛ والمحذور أن تتحول إلى مؤثر في القرار المهني. وقد أثبتت الدراسات أن الهدايا الصغيرة تؤثر في عادة الصرف دون وعي صاحبها.[8] ولذلك **فالإفصاح وحده لا يكفي** في التعارض الشديد، بل قد يلزم التنحي، والضبط مؤسسي بالسياسة والسجل. وتفصيل تضارب المصالح وأدلته في الفصل السابع عشر.

وقبل قبول أي منفعة اسأل: أهي منفعة شخصية أم دعم مؤسسي معلن؟ أتُقدَّم لقاء ترويج أو التزام بوصف صنف بعينه؟ أأستطيع الإفصاح عنها علنًا؟ أأُطلب لخبرتي أم لموقعي في الصرف؟ **وعند بقاء الشك فالامتناع أسلم؛ فالمنفعة تزول والأثر يبقى.**

الأساس الشرعي

يقوم الباب على حفظ النفس والعقل والمال، وعلى الأمانة: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَن تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا﴾، وعلى تحريم الغش: «من غشّنا فليس منا»، وعلى أن المستشار مؤتمن -والصيدلي مستشار بحكم موقعه.[9] وتحكمه قواعد: «لا ضرر ولا ضرار»، و«الضرورات تبيح المحظورات» مقيدة بـ«الضرورة تُقدَّر بقدرها»، و«المتطبب بما لا يُحسن ضامن»، و«لا يحتكر إلا خاطئ».

والتكييف الذي عليه أكثر الفقهاء المعاصرين أن عملك **عقد إجارة على بذل عناية لا على تحصيل نتيجة**؛ فأجرك على الجهد المتقن. ومن أخذ أجرًا على غش أو ترويج ضارّ فقد أكل مالًا بالباطل، وهذا محرم بنص القرآن. وقد عدّ مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قرار ضمان الطبيب رقم 142 (8/15) من موجبات الضمان: الجهل بالفرع، والعمل بغير ترخيص، والتغرير بالمريض، والخطأ الذي لا تُقرّه أصول المهنة أو الإهمال. والقرار وارد في «العمل الطبي» بعمومه، والأقرب عندي أنه يشمل الصيدلي.[10]

مكونات الأدوية: رتّب النظر ولا تفتِ

هذا أكثر ما يُسأل عنه الصيدلي. والذي أختاره في التنزيل أن ترتّب جوابك خمسًا: أالمادة محرمة في أصلها؟ ثم أاستحالت في التصنيع؟ ثم أاستُهلكت في الكثير؟ ثم أيوجد بديل مباح مكافئ؟ فإن لم يوجد وتعيّن الدواء فالحاجة تنزل منزلة الضرورة بقدرها، على القاعدة التي يعتمدها أكثر المعاصرين.[11] واعلم أن الاستحالة محل خلاف معتبر: يعتبرها الحنفية والمالكية ورجحها كثير من المعاصرين، ويقصرها الشافعية والحنابلة على صور محدودة.

وقد قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في مسألة الكحول في قراره رقم 210 (6/22) ما نصّه: «فلا مانع شرعًا من تناول الأدوية التي تُصنع حاليًا ويدخل في تركيبها نسبة ضئيلة من الكحول لغرض الحفظ، أو إذابة بعض المواد الدوائية... وهذا حيث لا يتوافر بديل».[12]

تنبيهان يمنعان الخلل في الاتجاهين: لا يُتخذ الاعتبار الشرعي ذريعة لترك علاج لا بديل له؛ ولا يُتساهل فيقال «الأمر يسير» بلا بحث عن بديل. ولا تفتِ من ملصق العبوة؛ فبيّن الحقيقة العلمية وأحل الحكم إلى جهة الإفتاء.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
المادة (12)	حظر العمولة والمنفعة لقاء الترويج
المادة (13)	منع الفحص والعلاج في الصيدلية
المادة (14)	منع بيع العينات الطبية مطلقًا
المادة (23)	قلب واجب الصرف والاستيضاح
المادتان (26) و(27)	عناية يقظة، والخطأ المهني
نظام المنشآت الصيدلانية	التسجيل والتسعير والاستدعاء[13]
نظام مكافحة المخدرات	ضوابط المؤثرات العقلية[14]
نظام حماية البيانات	السجل الدوائي بيانات حساسة[15]

وأهم ما تحفظه نصّان. **المادة الثانية عشرة**: «يحظر عليه طلب عمولة أو مكافأة أو قبولها أو أخذها، كما يحظر عليه الحصول على أي منفعة لقاء الترويج أو الالتزام بوصف أدوية أو أجهزة، أو توجيه المرضى إلى صيدلية معينة» -وهو حظر **مطلق** لا يُقيَّد بحدّ مالي، ويشمل الطلب والقبول والأخذ معًا.[2]

و**المادة الثالثة والعشرون** فيها ستة أحكام. الثلاثة الأولى: لا صرف إلا بوصفة من

طبيب مرخص إلا ما تحدده الوزارة؛ ولا مخالفة للوصفة دون موافقة الطبيب؛ ويجوز صرف البدائل المماثلة في التركيب بعد أخذ موافقة المريض عدا ما تحدده الوزارة. والثلاثة الأخرى: لا تكرار للصرف إلا إذا نصّت الوصفة؛ ويُحظر الصرف عند الشك في خطأ الوصفة مع لزوم الاستيضاح؛ ولا يصرف في الصيدلة إلا تحت إشراف صيدلي مرخص.[2]

وانتبه إلى خطأ شائع: نظام مزاولة مهنة الصيدلة الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/18) وتاريخ 1398/3/18هـ **قد أُلغي**، وأحكام الصيدلة اليوم مدمجة في نظام مزاولة المهن الصحية.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
الأمانة في الدواء وتحريم الغش، وأن المستشار مؤتمن	نص قطعي	آية الأمانات، وحديث «من غشّنا فليس منا»، وحديث «المستشار مؤتمن» [9]
أخذ الأجر على غش أو ترويج ضار أكلٌ للمال بالباطل	نص قطعي	آية النهي عن أكل المال بالباطل
تكييف عمل الصيدلي عقد إجارة على بذل عناية لا نتيجة	قول راجح	تكييف أكثر الفقهاء المعاصرين لعقد الطبيب، والصيدلي مثله
موجبات الضمان: الجهل بالفرع، والعمل بلا ترخيص، والتغرير، والخطأ الذي لا تقره الأصول	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 142 (8/15) [10]؛ وشموله للصيدلي اجتهاد المؤلف
جواز الأدوية التي فيها نسبة ضئيلة من الكحول للحفظ أو الإذابة عند عدم البديل	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 210 (6/22) [12]
اعتبار الاستحالة في مكونات الأدوية	قول فقهي مع خلاف	يعتبرها الحنفية والمالكية وكثير من المعاصرين، ويقصرها الشافعية والحنابلة [11]
الترتيب الخماسي للنظر في المكونات، وتنزيل الحاجة منزلة الضرورة عند تعيّن الدواء	اجتهاد المؤلف	ترتيب عملي في التنزيل، وأصله قاعدة «الحاجة تنزل منزلة الضرورة» [11]

أين يقع الخطأ عادةً؟

• **التخمين:** تنفيذ أمر ملتبس بدل الاتصال بالواصف -وهو ترك لواجب المراجعة، ويدخل في موجبات الضمان بحسب قرار المجمع رقم 142.

• **الضغط التجاري:** التسليم لمن يهدد بالذهاب إلى صيدلية أخرى -وهو ضغط تجاري لا حجة مهنية.

• **العينة والهدية:** قبول ما يُترك في الصيدلية بحجة صغره -وبيع العينات ممنوع بصفة مطلقة.

• **الأتمتة:** الاعتماد على مخرج آلي بلا مراجعة -فالأداة تقترح والصيدلي يقرر.

• **الكتمان:** إصلاح خطأ صرف بهدوء بلا تسجيل -فيمنع إصلاح النظام ويتكرر على يد غيرك.

خلاصة عملية

راجع قبل أن تصرف، وتوقف عند الشك، واتصل ووثّق. ولا تشخّص في الصيدلية، ولا تقبل منفعة لقاء ترويج، ولا تفتِ في حكم شرعي. واذكر أن حجة «معتاد في السوق» مردودة، وأن المخالفة تقوم ولو سلم المريض؛ فهي مستقلة عن وقوع الضرر. **وما لا تفهمه لا تصرفه، وما جاءك بسبب موقعك فلا تأخذه.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

حالتان تغطيان محاور الفصل، ويتبعهما مبحث المواقف المتكررة بأجوبتها المختصرة. وتُحلَّل كل حالة بتفكيك كل ركن إلى عناصره الثابتة، ثم يُصاغ قرار مهني معتمد، ويُبيَّن الركن المرجَّح والمخرج الشرعي، وتُختم بقرار موزون.

الحالة الأولى: عرض رعاية مقابل ترويج صنف

| السيناريو. تعرض شركة أدوية على صيدلي المستشفى رعاية حضوره مؤتمرًا خارجيًا بكامل النفقات، وتطلب في المقابل «إبراز» صنفها في قائمة البدائل المعتمدة وتوصية الأطباء به. وتقول إن الصنف جيد فعلًا وأن الأمر «معتاد في السوق».

| الركن الطبي

توصيف الحالة: منفعة شخصية مشروطة صراحةً بترويج صنف؛ فالشرط هو موضع الخلل لا المؤتمر.

جودة الصنف: كونه جيدًا لا يُصحّح الشرط؛ فقد يكون غيره أجود أو أقل كلفة.

الأثر: تغيير قائمة البدائل يمسّ كل مرضى المنشأة لا مريضًا واحدًا.

البديل: تقييمٌ موضوعي للصنف بمعايير معلنة، ودعمٌ مؤسسي للتعليم لا شخصي.

| الركن الأخلاقي

الأمانة: الصيدلي مؤتمن على قائمة البدائل؛ فمن باع موقعه فيها فقد خان أمانته.

عبارة «معتاد»: شيوع الممارسة لا يجعلها مشروعة؛ وهي حجة مردودة كما تقرر في فصل حقوق المريض.

وهم عدم التأثر: يعتقد أكثر الممارسين أن غيرهم يتأثر ولا يتأثرون هم؛ وهو اعتقاد كذّبته الدراسات [8].

الإفصاح لا يكفي: التعارض هنا شديد؛ فيلزم الاستبعاد لا التسجيل [17].

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ الأمانة، وحفظ العدل بين المرضى، وحفظ مال المنشأة.

القواعد الفقهية: «الأمور بمقاصدها» فالعبرة بسبب المنفعة؛ و«سدّ الذرائع».

تحقيق المناط: اقتران المنفعة بشرط الترويج؛ فبه تخرج من الدعم العلمي إلى العوض على الموقع.

التكييف الفقهي: هذا في معنى هدية الموقع في حديث ابن اللُّتْبِيَّة [9]: «أفلا جلس في بيت أبيه... حتى ينظر أيُهدى إليه أم لا؟». ومن أشار بما فيه منفعة له على حساب مصلحة من ائتمنه فقد غشّ؛ و«من غشّنا فليس منا» [9].

| الركن النظامي

النص الحاكم: المادة الثانية عشرة: «يحظر عليه طلب عمولة أو مكافأة أو قبولها أو أخذها، كما يحظر عليه الحصول على أي منفعة لقاء الترويج أو الالتزام بوصف أدوية أو أجهزة» [2].

إطلاق الحظر: ليس مقيَّدًا بحدٍّ مالي ولا بنية؛ فالحصول على المنفعة لقاء الترويج محظور بذاته.

البديل النظامي: الدعم التعليمي يكون بمسار مؤسسي معلن لا باتفاق شخصي.

التوثيق: يُسجَّل العرض والرفض في سجل تعارض المصالح.

- **القرار المهني الموزون.** رفض العرض بصيغته المشروطة رفضًا صريحًا.
- بيان أن السبب نظامي ومهني لا شخصي، وإحالة الشركة إلى المسار المؤسسي.
- تسجيل العرض والرفض في سجل تعارض المصالح.
- إن كان الصنف جديرًا: تقييمه بمعايير معلنة من لجنة الأدوية لا بقرار فردي.
- التنحي عن أي تقييم لهذا الصنف بعد العرض؛ فالإفصاح وحده لا يرفع الشبهة.
- رفع المسألة لاعتماد سياسة مكتوبة للعلاقة بالشركات إن لم توجد.

الركن المرجَّح: النظامي؛ لصراحة الحظر وإطلاقه.

المخرج الشرعي: ما جاء بسبب الموقع يأخذ حكم هدية الوظيفة، والغش في موضع الائتمان محرم.

القرار المهني الموزون: يُرفض العرض ويُسجَّل ويُتنحّى عن تقييم الصنف؛ فجودة الصنف لا تُصحّح شرط الترويج، وشيوع الممارسة لا يجعلها مشروعة.

الحالة الثانية: مريض يسأل عن مكوّن مشتبه

| السيناريو. يسأل مريض عن كبسولة دواءٍ مزمن وُصف له، ويقول إنه سمع أن غلافها من جيلاتين قد يكون مصدره غير مباح، وإن الشراب المرافق يحتوي نسبة كحول. ويقول إنه سيوقف الدواء إن لم يطمئن. والدواء لازم لضبط حالته.

| الركن الطبي

توصيف الحالة: سؤالٌ عن مكوّنين: غلاف الكبسولة، والكحول في الشراب. وهما مسألتان مختلفتان.

ما يجب تثبيته: المكوّن بالضبط ونسبته ووظيفته -أفعّالٌ هو أم سواغ أم مذيب أم حافظ.

المخاطر: إيقاف الدواء المزمن فجأة قد يُنتج تدهورًا أشد من المسألة المسؤول عنها.

البدائل: البحث عن مستحضر بغلاف نباتي أو شراب بلا كحول، أو شكل صيدلاني آخر.

| الركن الأخلاقي

الصدق: يُخبَر بما يعلم ويُصرَّح بما لا يعلم؛ ولا يُطمأن بكلامٍ غير محقق.

احترام القيم: قلقه معتبر لا يُستخف به؛ فالمسألة تمسّ دينه.

حدود الاختصاص: الصيدلي يبيّن الحقيقة العلمية، ولا يُفتي في الحكم الشرعي.

منع الضرر: يُحذَّر من الإيقاف المفاجئ حتى يُبحث البديل؛ فالانتظار أسلم من الانقطاع.

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ النفس وحفظ الدين؛ ولا تعارض بينهما إذا رُتّب النظر.

القواعد الفقهية: «الاستحالة تُطهّر»؛ و«المستهلَك في غيره لا حكم له»؛ و«الضرورات تبيح المحظورات» مقيَّدةً بـ«تُقدَّر بقدرها».

تحقيق المناط: تحديد المكوّن ونسبته وهل استحال أو استُهلك؛ فعليه يُبنى الحكم لا على الاسم وحده.

التكييف الفقهي: يُرتَّب النظر خمسًا: أمحرمٌ في أصله؟ فإن كان: أاستحال؟ فإن لم يستحل: أاستُهلك؟ فإن لم: أيوجد بديل مباح؟ فإن لم يوجد وتعيّن الدواء فالحاجة تنزل منزلة الضرورة بقدرها. ومقتضى القرار 67 (5/7) أن التداوي يجب إذا كان تركه يفضي إلى تلف نفسٍ أو عضو [16].

| الركن النظامي

المصدر: تُراجع نشرة المستحضر المعتمدة وقاعدة بيانات الهيئة لتحديد المكونات بدقة [18].

البديل: يُبحث عن مستحضر مسجَّل بمكوّن مختلف؛ ولا يُستورد غير مسجَّل.

حدود الصيدلي: لا يُغيّر الوصفة من نفسه؛ بل ينسّق مع الطبيب في تغيير الشكل الصيدلاني.

التوثيق: يُوثَّق السؤال وما بُيّن وما اتُّفق عليه.

- **القرار المهني الموزون.** تحذيره من الإيقاف المفاجئ قبل بحث البديل، وبيان خطر الانقطاع.
- التحقق من المكوّن ونسبته ووظيفته من النشرة المعتمدة لا من السماع.
- بيان الحقيقة العلمية بصدق: أهو فعّال أم سواغ؟ وهل استحال أو استُهلك؟
- البحث عن بديل مسجَّل بغلاف نباتي أو شراب بلا كحول، والتنسيق مع الطبيب.
- إن لم يوجد بديل: بيان أن الدواء متعيّن، وإحالته إلى جهة الإفتاء بتصويرٍ دقيق.
- الامتناع عن الإفتاء في الحكم الشرعي؛ فذاك ليس من اختصاصه.

الركن المرجَّح: الفقهي والصيدلاني معًا؛ لتلازم تحقيق المناط مع المعرفة الفنية بالمكوّن.

المخرج الشرعي: الاستحالة تطهّر، والمستهلَك لا حكم له، والحاجة تنزل منزلة الضرورة عند تعيّن الدواء.

القرار المهني الموزون: لا يُوقف الدواء ويُبحث البديل ويُحال الحكم إلى أهله؛ فالورع لا يُتخذ ذريعةً لترك علاجٍ متعيّن، ولا يُتساهل بلا بحثٍ عن مباح.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

المواقف الآتية تتكرر في الصيدلية، وقد استوفى الفصل أصولها في مواضعها؛ وجُمعت هنا بأجوبتها الحاسمة وضوابطها ليسهل الرجوع إليها.

وصفة مؤثر عقلي تجتمع فيها قرائن اشتباه. لا يُصرف قبل التحقق، ويُبيَّن أن السبب إجرائي لا اتهامي: تثبيت الهوية وصحة الوصفة، والرجوع إلى سجل الصرف في المنصة المعتمدة، والاتصال بالواصف للتأكد من الكمية والموعد. فإن صحّت صُرفت بلا تأخير ولا منّة، وإن بقي الاشتباه امتُنع وأُبلغ وفق الإجراء المعتمد ووُثِّق -ولا يُبنى القرار على المظهر، ولا يُحرم صاحب ألمٍ حقيقي من تسكينٍ كافٍ.

منصة إلكترونية تستبدل البديل الجنيس آليًا بلا مراجعة. يُوقف الاستبدال الآلي في الأصناف ضيقة النافذة العلاجية فورًا، وتُلزم المراجعة المهنية قبل كل صرف؛ فالوسيط الرقمي لا يُسقط واجبًا على الشخص، والمنصة التي تصرف بلا مراجعة مخالفةٌ ولو كانت مرخصة. ويُعدَّل عرض البديل ليبيّن أنه بديل وما الفرق بدل الموافقة بضغطة زر، ويُبلَّغ المتضرر وتُعاد المعايرة، وتُوزَّع المسؤولية بقدر الإسهام؛ فالبديل الأرخص أداةُ عدالة تُضبط ولا تُلغى.

إدارة تربط تقييم الصيدلي بحجم المبيعات. يُفصل التقييم المهني عن مؤشرات المبيعات فصلًا تامًّا؛ فربطهما يفسد الاستقلال من أصله ويحوّل الصرف من قرار مهني إلى بيع. وتقرر سياسة المنشأة حق الامتناع عن الصرف غير الآمن وتحمي من يمارسه، ويُوثَّق كل امتناع؛ فصيغة الاعتراض المهني سببٌ محدد وبديلٌ مقترح وتوثيق، لا رفضٌ مجرد.

مريض يطلب تكرار صرف وصفة مزمنة قبل موعدها. لا يُكرَّر الصرف إلا إذا نصّت الوصفة على التكرار، ولا يشمل ذلك الأدوية المخدرة والنفسية المحددة. ويُنظر في سبب التبكير -ضياعٌ أو سفرٌ أو زيادةُ جرعة ذاتية أو تعددُ صارفين -فيُستوضح من الواصف ويُرجع إلى سجل الصرف. والإلحاح ليس مسوّغًا، ولا كون الدواء «معروفًا» أو «سبق أن أخذه».

مندوب يترك عيّنات طبية أو هدايا صغيرة في الصيدلية. تُردّ ولا تُقبل؛ فحظر المنفعة لقاء الترويج مطلق لا يُقيَّد بحدٍّ مالي، ويشمل الطلب والقبول والأخذ، وبيع العينات الطبية ممنوع بصفة مطلقة بنص المادة الرابعة عشرة. والدعم التعليمي يكون بمسار مؤسسي معلن لا باتفاق شخصي، ويُسجَّل العرض والرد في سجل تعارض المصالح؛ فالهدية الصغيرة تُنشئ شعورًا بالمقابلة يؤثر دون وعي.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. طلبت أمٌّ مضادًّا حيويًا لطفلها ذي الأربع سنوات بحرارة وسعال منذ يومين، وقالت إنها ستذهب إلى صيدلية أخرى إن رُفض طلبها. ما التصرف المهني؟

أ) يُعتذر عن الصرف، ويُشرح السبب المهني، ويُعرض خافض حرارة مناسب للوزن مع علامات العودة العاجلة

ب) يُصرف المضاد لأن الطبيب وصف الصنف نفسه في المرة السابقة

ج) يُصرف نصف الكمية لتقليل الضرر

د) يُفحص الطفل في الصيدلية لتقدير الحاجة

2. أثناء المناوبة وصلتك وصفة لطفل بجرعة تفوق المعتاد بعشرة أضعاف، والطبيب لا يرد على الهاتف والصيدلية مزدحمة. ما التصرف الصحيح؟

أ) يُصرف بالجرعة المكتوبة ثم تُرسل ملاحظة للطبيب لاحقًا

ب) يُصرف بالجرعة التي تراها صحيحة أنت لأنك أدرى بالحساب

ج) يُوقف الصرف ويُصعَّد إلى مسؤول سريري أو خدمة مناوبة وفق السياسة مع التوثيق

د) تُعاد الأم إلى العيادة دون أي إجراء آخر

3. وصف الطبيب دواءً باسم تجاري غير متوفر، وفي الصيدلية بديل مماثل له في التركيب من شركة أخرى، والمريض مستعجل. ما التصرف المو افق للنظام؟

أ) يُصرف البديل دون إخبار المريض لأن التركيب واحد

ب) يُرفض الصرف مطلقًا لأن أي تغيير في الوصفة يلزم له موافقة الطبيب حتى في البديل المماثل

ج) يُبيَّن للمريض أن البديل مماثل في التركيب، ويُصرف بعد موافقته ما لم يكن مما تستثنيه الوزارة

د) يُصرف صنف آخر من المجموعة الدوائية نفسها لأنه أرخص

مفتاح الإجابات

1) أ • 2) ج • 3) ج

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] FIP–WHO. Guidelines on Good Pharmacy Practice: Standards for Quality of Pharmacy Services.

[2] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 1426/11/3هـ.

[3] Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events. JAMA. 1995;274(1):29–.34

[4] Institute for Safe Medication Practices. List of High-Alert Medications and Confused Drug Names.

[5] Laxminarayan R, Duse A, Wattal C, et al. Antibiotic Resistance -the Need for Global Solutions. The Lancet Infectious Diseases. 2013;13(12):1057–.1098

[6] World Health Organization. Global Action Plan on Antimicrobial Resistance.

[7] الدراسات السعودية في صرف المضادات الحيوية دون وصفة طبية وعوامله ومعدلاته.

[8] Wazana A. Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift? JAMA. 2000;283(3):373–.380

[9] البخاري ومسلم. الصحيحان (ومنهما حديث ابن اللُّتْبِيَّة [البخاري 7174، مسلم 1832]، و«من غشّنا فليس منا» [مسلم 102]، و«لا يحتكر إلا خاطئ» [مسلم 1605]، والنهي عن التداوي بالخمر [مسلم 1984])؛ وحديث «المستشار مؤتمن» أخرجه أبو داود (5128) والترمذي (2822).

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

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 198 (4/21) بشأن الاستحالة والاستهلاك والمواد الإضافية في الغذاء والدواء، الدورة الحادية والعشرون، الرياض، 15–19 محرم 1435هـ / 18–22 نوفمبر 2013م.

[12] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 210 (6/22) بشأن الاستحالة والاستهلاك في المواد الإضافية في الغذاء والدواء (وفيه حكم الأدوية المشتملة على الكحول)، الدورة الثانية والعشرون، الكويت، 2–5 جمادى الآخرة 1436هـ / 22–25 مارس 2015م.

[13] المملكة العربية السعودية. نظام المنشآت والمستحضرات الصيدلانية والعشبية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/108) وتاريخ 1441/8/22هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (534) وتاريخ 1441/8/21هـ، ولا سيما المواد 11 و16 و17 و19 و21 و31.

[14] المملكة العربية السعودية. نظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/39) وتاريخ 1426/7/8هـ.

[15] المملكة العربية السعودية. نظام حماية البيانات الشخصية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 1443/2/9هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 1444/9/5هـ.

[16] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذي القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م.

[17] Lo B, Field MJ, eds. Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. Institute of Medicine; 2009.

[18] الهيئة العامة للغذاء والدواء. أدلة تسجيل المستحضرات الصيدلانية، ومتطلبات الدراسات السريرية، وضوابط الاستبدال بالبديل الجنيس، والتنبيهات الدوائية.

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

أخلاقيات الطب الشرعي والعمل الطبي القانوني

Chapter 32 -Forensic Medicine and Medico-Legal Ethics

وما لم تره لا تكتبه، وما رأيته لا تكتمه، وما ليس من علمك لا تجزم به.

مستوى القراءة: استزادة | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

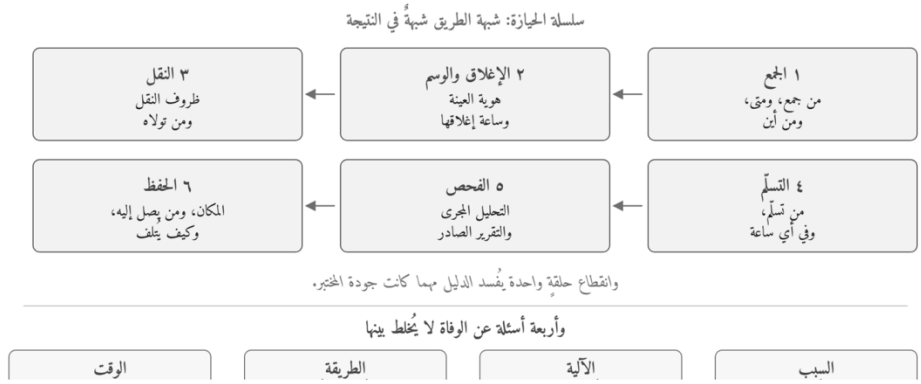
ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

في كل الفصول الأخرى غايتك مصلحة المريض. وفي هذا الفصل تتغير الغاية: **الطب الشرعي تطبيق المعرفة الطبية في خدمة العدالة؛ فغايته إثبات الو اقعة لا علاج الشخص.** ولا يعني هذا أن الفصل يخصّ الطبيب الشرعي وحده. فطبيب الطوارئ يوقّع كشفًا على متوفى، وطبيب الأطفال يرى كسرًا لا تفسّره القصة، وأنت في المناوبة قد تُطلب منك ورقة تُبنى عليها براءة أحد أو إدانته.

وأخطر ما يقع فيه الأطباء الشباب ثلاثة: أن يكتب أحدهم في التقرير ما لا يملكه علمًا؛ وأن يجمع بين صفة المعالج وصفة الخبير في القضية نفسها؛ وأن يستجيب لضغط جهة أو أسرة فيغيّر عبارة تغييرًا يبدو صغيرًا وأثره في المحكمة كبير.

المفاهيم الأساسية: أربعة أسئلة لا تخلط بينها



شكل 7: سلسلة الحيازة، والأسئلة الأربعة عن الوفاة.

يخلط كثيرون بين أربعة عن الوفاة: **سببها** -المرض أو الإصابة التي أدت إليها؛ و**آليتها** -الاضطراب الفسيولوجي الذي أنهى الحياة؛ و**طريقتها** -طبيعية أو حادثة أو انتحار أو قتل

أو غير محددة؛ **ووقتها**. والطبيب يملك الثلاثة الأولى بدرجات؛ وأمّا الطريقة فتقدير يشارك فيه التحقيق ولا يستقل به الطبيب في كثير من الحالات.

ومثله حدّ آخر: كل فرع يجيب عن سؤاله وحده. فالباثولوجي يقول ما سبب الوفاة ولا يقول من قتل؛ وطبيب الأسنان يقول لمن هذه الأسنان ولا يقول كيف مات صاحبها. **وتجاوز الفرع سؤاله هو أشيع أخطاء التقارير الشرعية.**

القاعدة الحاكمة: لا يُنتهك إلا بقدر ما يجيب السؤال

التشريح لا يُطلب لكل وفاة؛ بل حيث يوجد سؤال لا يُجاب عنه بغيره. **فطلبه بلا سؤال انتهاك بلا مقابل، وتركه مع وجود سؤال تفريط في حقّ قد يكون لغائب.**[1، 2]

وابدأ قبل الفتح: مراجعة مكان العثور، والهوية، والسجل الصحي، والأدوية، وتسلسل الأعراض، وشهادة الشهود. ثم فحص خارجي منهجي. ثم اختر أقلّ وسيلة تجيب السؤال المتبقي. وقد أتاح التصوير المقطعي والرنين ما يُسمى **التشريح الافتراضي**؛ وهو يتفوق في الكسور ومسار المقذوف والغازات والنزف داخل التجاويف. لكنه لا يُغني عن الفحص المباشر في الكدمات وإصابات الأنسجة الرخوة، ولا يقوم مقام الفحص المجهري ولا تحاليل السموم والأدوية.[3]

منهج عملي: ابدأ بالتصوير ما أمكن؛ فإن أجاب السؤال كاملًا فاكتفِ به، وإن بقي سؤال فانتقل إلى تشريح موجَّه محدود يستهدف موضع السؤال لا فتحًا شاملًا. وهذا تنزيل أختاره لقاعدة «**الضرورة تُقدَّر بقدرها**».[4]

وإذا تعذّر الترجيح قيل «غير محدد» -**ولا يُملأ الفراغ بالتخمين.**

ازدواج الدور: المعالج والخبير

هذا أوضح تعارض في الباب. فالمعالج غايته مصلحة المريض وعلاقته ائتمانية مستمرة، والخبير غايته بيان الحقيقة للجهة الطالبة وعلاقته مؤقتة محددة الغرض. والأصل **عدم الجمع بينهما في الشخص الواحد**؛ فمن عالج لا يكون خبيرًا في قضية مريضه إلا لضرورة تُوثَّق. فإن تعذّر الفصل -كما في منطقة نائية -لزمك أربعة: التصريح بالازدواج في التقرير، وفصل ما شوهد بصفة المعالج عما فُحص بصفة الخبير، وإخبار المريض بتغيّر الصفة قبل الفحص، وطلب رأي ثانٍ في المسائل الحاسمة.[5]

ويتصل به ضابط حاسم في فحص المتهمين: **عرّف المفحوص بصفتك وغرض الفحص ومن سيصله التقرير قبل أن تبدأ.** فالمفحوص الذي يظن أنه يُعالَج ثم يجد

كلامه دليلًا عليه قد غُرّر به. وهذا التعريف المسبق هو الفارق بين الخبرة والخديعة.[5]

الحياد ليس صفة نفسية بل ممارسة مكتوبة

الحياد ليس برودًا؛ فهو تطبيق المنهج نفسه على رواية الضحية ورواية المتهم. ويظهر في خمسة مواضع من تقريرك: فصل **ما شوهد** عمّا **نُقل عن الغير** عمّا **استُنتج**؛ وذكر ما ينفي كما تذكر ما يثبت -فالتقرير الذي يسوق المؤيدات وحدها منحاز ولو صدق في كل جملة؛ والتصريح بدرجة اليقين بألفاظها المحددة: «يتفق مع»، «يُرجَّح»، «لا يمكن استبعاد»؛ وبيان ما لم يُفحص وما تعذّر ولماذا؛ وذكر الفرضيات البديلة.[6]

واسأل نفسك سؤالين يكشفان تسرّب الانحياز: **«هل كنتُ سأكتب هذه العبارة نفسها لو كانت الجهة الطالبة هي الطرف الآخر؟»** و**«هل يستطيع خبير مستقل أن يعيد تتبّع ما فعلتُ من السجل وحده؟»**

وإذا ورد تكليف منحاز -كأن يقال: «أثبت أن الإصابة مفتعلة» -فأعد صياغته إلى سؤال محايد: «صف الإصابات، وقدّر آلياتها المحتملة، ودرجة اتساقها مع الروايات المتاحة». **وضغط أي جهة لا يغيّر ما رأيتَه، وإنما يغيّر مقدار حاجتك إلى التوثيق**؛ فمن طُلب منه تعديل فرفض فليوثّق الطلب والرفض في حينه لا بعد أن تصير القضية نزاعًا.

فحص الضحايا: الفحص نفسه قد يكون إيذاءً ثانيًا

قواعده عندك ستّ، أهمها أربع: **العلاج أولًا** فالضحية مريض قبل أن يكون دليلًا؛ **وفحص واحد شامل** لا يُكرر لجهات متعددة؛ **والتفسير لا الأمر** فيُشرح كل إجراء قبل فعله ويُتاح إيقافه؛ **والمرافق باختيار الضحية** لا بفرض الأهل، فقد يكون المعتدي منهم.

وانتبه إلى ضابط حاسم في تفسير النتيجة: **الفحص الجسدي لا يقرر وقوع الاعتداء**؛ فهو يوثّق الإصابة والمواد والاحتمالات. فغياب الإصابة لا ينفي الإكراه، ووجود نشاط جنسي لا يثبت غياب الرضا. ومن كتب «تعرّضت لاغتصاب» فقد تجاوز ما يملكه إلى ما يملكه القاضي. **والاشتباه يوجب الإبلاغ ولا يوجب الاتهام**؛ فلا تواجه الأهل ولا تحقق معهم، فذلك يُفسد التحقيق ويعرّض الطفل.[7]

الأساس الشرعي

يقوم الباب على أصلين متقابلين يجب الجمع بينهما: **حرمة الميت** -«كسرُ عظمِ الميتِ ككسرِه حيًّا»، و﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ﴾ والتكريم لا ينقطع بالموت؛ و**إقامة العدل**

-﴿كُونُوا قَوَّامِينَ بِالْقِسْطِ شُهَدَاءَ لِلَّهِ وَلَوْ عَلَىٰ أَنفُسِكُمْ﴾.[8، 9]

ويُجمع بينهما -وهو مأخذ قرارات المجامع الآتية -بأن يُرتكب أخف الضررين؛ فانتهاك حرمة الميت أخفّ من ضياع دم معصوم، وبقدر الحاجة وحدها.

وقرار **المجمع الفقهي الإسلامي بمكة رقم 48 (10/1)** بناه المجلس على مقدمة صريحة: «بناءً على الضرورات التي دعت إلى تشريح جثث الموتى، والتي يصير بها التشريح مصلحةً تربو على مفسدة انتهاك كرامة الإنسان الميت». ثم أجاز التشريح وحصر أغراضه في ثلاثة: التحقيق في دعوى جنائية، والتحقق من الأمراض لحماية المجتمع، وتعليم الطب. ونصّ على أنه «يجب في جميع الأحوال دفن جميع أجزاء الجثة المشرَّحة»، وأن «جثث النساء لا يجوز أن يتولى تشريحها غير الطبيبات إلا إذا لم يوجدن».[1] وقرر **مجلس هيئة كبار العلماء في قراره رقم (47)** نظيرَ ذلك. وذكر أن في إجازة التحقيق الجنائي والوبائي «تحقيقًا لمصالح كثيرة في مجالات الأمن والعدل ووقاية المجتمع من الأمراض الوبائية».[2]

وأمّا **البصمة الوراثية** فقرر فيها المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي، في قراره السابع من دورته السادسة عشرة (مكة المكرمة، 1422هـ/2002م)، أنها من القرائن القوية في غير الحدود مع أخذها من عدة مختبرات. وأجاز الاستئناس بها في ضياع الأطفال والتعرف على الجثث المجهولة، ونصّ على أنها لا تُعتمد لنفي النسب ولا تُقدَّم على اللعان. [10] فهي **قرينة قوية لا بيّنة مستقلة**؛ ولا يُبنى عليها وحدها حدّ ولا قصاص.

وتقريرك -في التكييف الذي أختاره -**شهادة** بالمعنى الشرعي أو في حكمها؛ فيحرم فيه بنص القرآن كتمان ما تعلم. ويحرم الجزم بما لا تعلم -﴿وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ﴾، وترك العدل مع من لا تحبّ -﴿وَلَا يَجْرِمَنَّكُمْ شَنَآنُ قَوْمٍ عَلَىٰ أَلَّا تَعْدِلُوا﴾.[8]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
المادة (11)	الإبلاغ عن الإصابة الجنائية
المادة (20)	التثبت من سبب الوفاة
المادة (21)	السر واستثناءاته المحصورة
المادة (15)	الدقة والموضوعية في العرض
الإجراءات الجزائية	ندب مكتوب وتقرير مسبَّب[11]

حماية الطفل	الإبلاغ الفوري وحماية المبلّغ[7]
الحماية من الإيذاء	سرية المبلّغ والرعاية[12]
حماية البيانات	البيانات الوراثية حساسة[13]

و**المادة العشرون** من نظام مزاولة المهن الصحية نصّ مركزي احفظه: توجب على الطبيب الذي يوقّع الكشف على متوفى أن يتأكد من سبب الوفاة، وإذا اشتبه في أنها ناجمة عن حادث جنائي فلا يجوز له إعطاء تقرير بالوفاة، وعليه إبلاغ السلطات المختصة فورًا. فإرضاء الأسرة أو استعجال الدفن لا يسوّغان شهادة بسبب غير متحقق.[14]

وتشترط اللائحة أن يكون **ندب الخبير مكتوبًا** مع تحديد المهمة والمدة، وأن يكون التقرير مؤرخًا موقَّعًا يشتمل على المهمة والفحوص والمشاهدات والنتائج الدقيقة المسبَّبة. **والإشراف على المهمة لا يمنح سلطة تغيير الرأي العلمي.**[15]

وأمّا **سلسلة الحيازة** فهي القلب الإجرائي لهذا الباب: من جمع، ومتى، ومن أين، وكيف حُفظ ونُقل، ومن تسلّم في كل خطوة، وأين حُفظ. وانقطاعها يُفسد الدليل مهما كانت جودته المخبرية -ونظيرها الفقهي: **شبهة الطريق شبهة في النتيجة**.[16]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
حرمة الميت وبقاء تكريم الآدمي بعد موته	نص قطعي	آية التكريم، وحديث «كسر عظم الميت ككسره حيًّا» [8، 9]
وجوب القيام بالقسط والشهادة لله ولو على النفس	نص قطعي	آية ﴿كونوا قوامين بالقسط﴾ [8، 9]
تحريم كتمان ما يُعلم والجزم بما لا يُعلم وترك العدل مع المبغَض	نص قطعي	آيتا ﴿ولا تقف ما ليس لك به علم﴾ و﴿ولا يجرمنكم شنآن قوم﴾ [8]
جواز التشريح لأغراض ثلاثة، مع دفن الأجزاء، وتولي الطبيبات تشريح النساء ما وُجدن	قرار مجمعي	المجمع الفقهي الإسلامي بمكة، قرار 48 (10/1) [1]؛ وهيئة كبار العلماء، قرار (47) [2]
البصمة الوراثية قرينة قوية في غير الحدود، ولا تُعتمد لنفي النسب ولا تُقدَّم على اللعان	قرار مجمعي	المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي، القرار السابع، الدورة السادسة عشرة [10]
الاكتفاء بالتصوير ثم التشريح الموجَّه عند بقاء السؤال	اجتهاد المؤلف	تنزيل لقاعدة «الضرورة تُقدَّر بقدرها» [4]

تكييف التقرير الطبي الشرعي شهادةً أو في حكمها	اجتهاد المؤلف	تكييف المؤلف، وأثره تحريم الكتمان والجزم بلا علم [8]

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **تجاوز الاختصاص:** كتابة الطريقة أو نسبة الفعل إلى شخص -وذلك للقاضي لا لك.
- **الجزم بما لا يُجزم به:** «تطابق تام» بدل عرض الاحتمال بصيغته الإحصائية.
- **الصورة الشخصية:** التقاط صورة في المشرحة أو للضحية بجهازك -فتصير أنت المخالف.
- **الطلب الشفهي:** إجراء فحص أو تسليم ملف بطلب محقق شفهيًا بلا سند مكتوب.
- **الفحص المكرر:** إعادة فحص الضحية لكل جهة -وتكراره إيذاء.

خلاصة عملية

اسأل قبل التكليف: أمكتوب هو؟ وأداخل اختصاصي؟ وألي علاقة سابقة توجب التنحي؟ ثم افحص بأقلّ قدر يجيب السؤال، واكتب ما رأيت وما نُقل وما استنتجت مفصولًا، وصرّح بدرجة يقينك، واذكر البديل الممكن. **وما لم تره لا تكتبه، وما رأيته لا تكتمه، وما ليس من علمك لا تجزم به.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

حالتان تغطيان محاور الفصل، يليهما مبحثٌ يجمع مواقف متكررة بأجوبتها المختصرة. وتُحلَّل كل حالة بتفكيك كل ركن إلى عناصره الثابتة، ثم يُصاغ قرار مهني معتمد، ويُبيَّن الركن المرجَّح والمخرج الشرعي، وتُختم بقرار موزون.

الحالة الأولى: أسرة ترفض التشريح في وفاة مشتبهة

| السيناريو. يُعثر على شابٍّ متوفى في منزله بلا سببٍ ظاهر، وثمة قرائن تستدعي التحقيق. وترفض الأسرة التشريح رفضًا قاطعًا، وتقول إنه «تمثيلٌ بالميت»، وتطالب بتسليم الجثة فورًا للدفن، ويتوسط أحد وجهاء الحي.

| الركن الطبي

توصيف الحالة: وفاة مشتبهة بلا سبب ظاهر؛ والسؤال قائم ولا يُجاب عنه بالفحص الخارجي.

الزمن: بعض الأدلة تزول بالتحلل؛ فالتأخير قد يُضيّع ما لا يُستدرك.

البديل: تصويرٌ مقطعي أولًا؛ فقد يجيب السؤال كاملًا، أو يوجّه إلى تشريحٍ محدود.

الحد الأدنى: إن لزم التشريح فيُوجَّه إلى موضع السؤال لا فتحًا شاملًا، وتُؤخذ عينات سمية.

| الركن الأخلاقي

فهم الرفض: مصدره غالبًا الخوف من المثلة والتشويه لا معارضة العدالة؛ فيُعالَج بالبيان لا بالمواجهة.

الكرامة: يُطمأن الأهل أن الجثة تُخاط وتُسلَّم بكرامة، وأن الأجزاء تُعاد، وأن الكشف بقدر الحاجة.

حق الغائب: إن كانت الوفاة جنائية فثمة حقٌّ لمعصومٍ قد يضيع بالدفن؛ وهو غائبٌ عن مجلس التفاوض.

حدود الطبيب: ليس له أن يحسم النزاع منفردًا ولا أن يتنازل عن التشريح مجاملة؛ فالقرار للجهة المختصة.

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ النفس بإقامة العدل، وحفظ العرض بصون حرمة الميت -ويُجمع بينهما لا يُهدر أحدهما.

القواعد الفقهية: «يُرتكب أخف الضررين»؛ و«المصلحة العامة مقدَّمة على الخاصة»؛ و«الضرورة تُقدَّر بقدرها»؛ و«ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب».

تحقيق المناط: قيام قرائن الاشتباه؛ فيها تتحقق المصلحة الرابية على مفسدة الانتهاك.

التكييف الفقهي: نصّ قرار المجمع الفقهي بمكة رقم 48 (10/1) على جواز التشريح بناءً على الضرورات «التي يصير بها التشريح مصلحةً تربو على مفسدة انتهاك كرامة الإنسان الميت»، وجعل التحقيق في دعوى جنائية أول أغراضه [1]؛ وقرر مجلس هيئة كبار العلماء نظيره في قراره رقم (47) [2]. وأوجب القرار دفن جميع أجزاء الجثة المشرَّحة.

| الركن النظامي

الأنظمة: التشريح في الوفاة المشتبهة يكون بطلب الجهة المختصة وفق نظام الإجراءات الجزائية [11]؛ ولا يتوقف على إذن الأسرة.

الإبلاغ: الاشتباه في إصابة جنائية يوجب الإبلاغ بمقتضى المادة الحادية عشرة [14].

الدور: الطبيب يبيّن الحاجة الفنية ويوثّق الرفض؛ والقرار للجهة المختصة.

التوثيق: يُوثَّق: القرائن، وما عُرض على الأسرة، ورفضها، وتاريخ إحالة الأمر.

- **القرار المهني الموزون.** عدم تسليم الجثة قبل قرار الجهة المختصة، ولو مع الوساطة.
- إجراء تصوير مقطعي أولًا؛ فقد يُغني عن الفتح أو يُضيّق نطاقه.
- الحوار مع الأسرة ببيان أن التشريح موجَّه ومحدود، وأن الأجزاء تُعاد والجثة تُسلَّم بكرامة.

- رفع الأمر إلى الجهة المختصة لتقرر، وعدم الحسم منفردًا في أي اتجاه.
- إن تقرر التشريح: الاقتصار على موضع السؤال، ومراعاة الجنس، وإعادة الأجزاء.
- توثيق كل ما جرى بتواريخه؛ فالتوثيق يحمي الطبيب من الاتهام بالتقصير أو بالتعسف.

الركن المرجَّح: الفقهي والنظامي معًا؛ لصراحة القرار المجمعي ولوجود مسار مقرر.

المخرج الشرعي: التشريح جائزٌ لمصلحةٍ تربو على مفسدة الانتهاك، ويُقتصر على قدر الحاجة، وتُعاد الأجزاء.

القرار المهني الموزون: يُصوَّر أولًا ويُحاوَر الأهل ويُرفع القرار إلى المختص؛ فالرفض مصدره الخوف من التشويه غالبًا -والبيان يحلّ أكثره، والمجاملة تُضيّع حقًّا لغائب.

الحالة الثانية: فحص متهم وتقييم أهليته

| السيناريو. يُحضَر متهم إلى الطبيب النفسي الشرعي لتقييم أهليته وقت واقعةٍ منسوبة إليه. ويظن المتهم أن الجلسة علاجية فيتحدث بانبساط. ويطلب المحقق كذلك أخذ عينة من المتهم للفحص الوراثي، ويقول إن الأمر «روتين».

| الركن الطبي

توصيف الحالة: ثلاث مسائل مجتمعة: تعريف المفحوص بالصفة، وتقييم الأهلية، وأخذ عينة من بدنه.

تفكيك الأهلية: يُفرَّق بين الأهلية وقت الواقعة، والأهلية للمحاكمة، والأهلية للتصرفات المدنية -ولكلٍّ معيارها.

ما لا يملكه الطبيب: الحكم بالمسؤولية الجزائية؛ فهو يصف الحالة وأثرها في الإدراك والاختيار.

العينة: أخذ عينة من بدن المتهم إجراءٌ يمسّ معصومًا؛ فيحتاج سندًا نظاميًا لا طلبًا شفهيًا.

| الركن الأخلاقي

التعريف المسبق: هو الفارق بين الخبرة والخديعة؛ فيُبيَّن للمتهم أن الجلسة ليست علاجية، وأن ما يقوله يصل إلى الجهة الطالبة.

حق المتهم: لا يسقط بالاتهام؛ فله أن يُعالَج إن احتاج، وألّا يُساء إليه، وأن يُعامل بكرامة.

حدود الحياد: شناعة الاتهام لا تُبيح الانحياز؛ ﴿وَلَا يَجْرِمَنَّكُمْ شَنَآنُ قَوْمٍ عَلَىٰ أَلَّا تَعْدِلُوا﴾ [المائدة: 8].

منع المشاركة في الإيذاء: لا يُشارك الطبيب في إجراءٍ يُقصد به انتزاع اعتراف، ولا يشهد بمشروعيته [17] [18].

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ العدل، وحفظ نفس المتهم وعرضه -فهو معصوم حتى يثبت خلافه.

القواعد الفقهية: «الأصل براءة الذمة»؛ و«الحدود تُدرأ بالشبهات»؛ و«لا يُتصرف في بدن معصوم إلا بإذنٍ أو ولاية معتبرة».

تحقيق المناط: تحديد صفة الجلسة قبل بدئها؛ فيها تنعقد أحكامها كلها.

التكييف الفقهي: إيهام المفحوص بأن الفحص علاجي ثم استعمال كلامه دليلًا تغريرٌ محرم؛ والغش في موضع الائتمان محرم. وأخذ العينة تصرفٌ في معصوم لا يجوز إلا بسند؛ ومقتضى قرار السر أن الإفصاح يكون للجهة المخوَّلة بقدر الحاجة [19].

| الركن النظامي

الأنظمة: الاستعانة بأهل الخبرة تكون بتكليفٍ من الجهة المختصة وفق نظام الإجراءات الجزائية [11]؛ ولا يكفي طلبٌ شفهي في إجراءٍ يمسّ البدن.

الخبرة: تُودَع وتُناقَش ولا تكون بديلًا عن حكم المحكمة [15].

السرية: يُفصح للجهة الطالبة بالقدر المتصل بسؤالها؛ ولا يُدرَج ما لا صلة له.

التوثيق: يُوثَّق التعريف المسبق ونصّه، وسند طلب العينة، وسلسلة حيازتها.

- **القرار المهني الموزون.** إيقاف الجلسة وإعادة تعريف المفحوص بالصفة والغرض ومن سيصله التقرير، قبل أي سؤال.
- توثيق نصّ التعريف وإقرار المفحوص بفهمه.
- الامتناع عن أخذ العينة بطلب شفهي، وطلب السند النظامي مكتوبًا.
- تفكيك سؤال الأهلية إلى مسائله الثلاث، والإجابة عمّا كُلّف به منها.
- وصف الحالة وأثرها في الإدراك والاختيار، وترك التكييف للجهة القضائية.
- إحالته للعلاج إن ظهرت حاجة صحية؛ فحقه في العلاج لا يسقط بالاتهام.

الركن المرجَّح: الأخلاقي والنظامي معًا؛ لأن جوهر المسألة صفةُ الجلسة وسندُ الإجراء.

المخرج الشرعي: التغرير محرم، والأصل براءة الذمة، ولا يُتصرف في بدن معصوم إلا بسند، والعدل واجبٌ مع المخالف.

> القرار المهني الموزون: يُعرَّف المفحوص بالصفة قبل السؤال ويُطلب السند مكتوبًا؛ فالتعريف المسبق هو الفارق بين الخبرة والخديعة، وشناعة الاتهام لا تُبيح الانحياز.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

مواقفُ يتكرر ورودها في الممارسة، لا تحتاج تحليلًا مبسوطًا بل جوابًا حاسمًا بضابطه:

طبيب معالج يُطلب منه تقرير خبرة عن مريضه. الأصل الاعتذار عن التكليف، مع بيان أن السبب مهني لا امتناعٌ عن التعاون، وعرضِ إتاحة الملف الطبي للخبير المكلَّف عبر المسار النظامي، والامتناعِ عن إبداء رأيٍ في الأهلية شفهيًا للمحقق. فمعرفة الطبيب بمريضه ميزةٌ تُستفاد بإتاحة المعلومة لا بتولي الحكم. فإن تعذّر وجود بديل -كما في منطقة نائية -وُثّق التعذّر ولزمت الضمانات الأربع المذكورة في مبحث ازدواج الدور، ويُخبَر المريض بتغيّر الصفة قبل الفحص.

الاكتفاء بالتصوير حيث لا يُغني. توفر التصوير يضيّق مسوّغ الفتح ولا يُلغيه؛ فمن اكتفى

بالصورة في حالةٍ تحتاج عيناتٍ سمية أو فحصًا مجهريًا أو تمييزًا للكدمات فقد أضاع الدليل باسم الحفاظ على الحرمة. والضابط: يُبدأ بالتصوير ما أمكن، فإن بقي سؤالٌ لا تجيبه الصورة انتُقل إلى تشريحٍ موجَّه محدود بموضع السؤال وحده.

إلحاح الأهل على تسليم الجثة قبل التأكيد. لا تُسلَّم جثةٌ قبل التأكيد المخبري من الهوية ولو ألحّ الأهل أو توسّط وجيه؛ فتسليم جثةٍ لغير أهلها ضررٌ لا يُستدرك، والتعرف البصري تحت أثر الصدمة أضعف الأدوات وأكثرها خطأً. ويُدار الإلحاح بمعلوماتٍ صادقة منتظمة عن سير الإجراء ومدته، لا بتنازلٍ عن التحقق ولا بتعرفٍ بصري صادم.

اكتشاف أمرٍ خارج سؤال القضية. قد يظهر في الفحص حملٌ أو تعاطٍ أو مرضٌ منقول لا صلة له بسؤال الجهة الطالبة. والضابط: يُدرَج ما اتصل بالسؤال أو بسلامة الشخص، ويُترك ما لا صلة له -كتاريخٍ مرضي محرج لا يفسّر شيئًا؛ فالتقرير جوابٌ لما سُئل لا سجلٌّ لكل ما عُرف. وما تُرك يُدار في مساره العلاجي لا في ملف القضية.

طلب إدراج عينة قريبٍ في قاعدة بيانات. عينة القريب أمانةٌ لغرضٍ محدد هو تحديد هوية فقيده؛ فتُؤخذ بإذنه بعد بيان الغرض، ولا تُدرج في قاعدة بياناتٍ جنائية ولا تُستعمل لفحص نسبٍ أو لبحثٍ بلا مسوّغ نظامي وإذنٍ جديد. فمن تبرّع بعينةٍ ليُعرف أخوه لم يأذن بما وراء ذلك؛ والوسيلة تُقدَّر بقدر مقصدها.

طلب وسائل الإعلام تصريحًا أو تفاصيل. لا يُصرّح الفاحص بشيء؛ فالمتحدث هو الجهة المختصة، وسريةُ التحقيق تلزمه ومن اتصل بالإجراء. ولا يُنشر شيءٌ للتعليم ولو حُذف الاسم إذا بقي التعرف ممكنًا، ولا تُتداول تفاصيل الحالات في المجموعات المهنية غير المعتمدة. وإفشاء هوية ضحية اعتداءٍ ضررٌ لا يُستدرك، فتُصان بأشد مما يُصان به غيرها.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. أثناء المناوبة في الطوارئ توفي مريض وطلبت الأسرة تصريح الدفن بسرعة، وعندك اشتباه بأن الوفاة ناجمة عن حادث جنائي. ما التصرف الصحيح؟

أ) يُعطى تقرير الوفاة بسبب طبي محتمل تخفيفًا على الأسرة

ب) لا يُعطى تقرير بالوفاة، ويُبلَّغ عن الاشتباه فورًا للجهة المختصة

ج) يُترك القرار لأكبر أفراد الأسرة سنًّا

د) يُؤجَّل القرار حتى المناوبة التالية

2. طلب المحقق تعديل عبارة «لا يمكن استبعاد فعل الغير» إلى «ناتجة عن سقوط»، وقال إن الصياغة الحالية تُربك القضية. ما الصحيح؟

أ) يُعدَّل النص لأن جهة التحقيق أدرى بمجريات القضية

ب) يُحذف القيد فقط دون تغيير بقية التقرير

ج) يُعتذر شفهيًا ويُترك الأمر دون تدوين

د) يُرفض التعديل، ويُوثَّق الطلب والرفض في حينه

3. كتب زميلك في ختام تقرير فحص ضحية اعتداء جنسي: «لا توجد إصابات، وبالتالي لم يقع إكراه». بماذا تصحح له قبل التوقيع؟

أ) العبارة صحيحة؛ فغياب الإصابة ينفي وقوع الإكراه

ب) يُحذف الاستنتاج؛ فالفحص يوثّق الإصابة والمواد والاحتمالات ولا يقرر وقوع الاعتداء أو نفيه

ج) تُستبدل بها عبارة «تعرّضت لاغتصاب» إذا كانت رواية الضحية متسقة

د) يُكتفى بذكر وجود نشاط جنسي لأنه يثبت غياب الرضا

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) د • 3) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي. القرار رقم 48 (10/1) بشأن تشريح جثث الموتى، الدورة العاشرة، مكة المكرمة، 24–28 صفر 1408هـ / 17–21 أكتوبر 1987م.

[2] مجلس هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية. القرار رقم (47) وتاريخ 1396/8/20هـ، الدورة التاسعة، بشأن تشريح جثث الموتى.

[3] Thali MJ, Dirnhofer R, Vock P, eds. The Virtopsy Approach: 3D Optical and Radiological Scanning and Reconstruction in Forensic Medicine. CRC Press.

[4] السيوطي، جلال الدين، وابن نجيم، زين الدين. الأشباه والنظائر. بيروت: دار الكتب العلمية.

[5] Sadoff RL. Ethical Issues in Forensic Psychiatry: Minimizing Harm. Wiley.

[6] National Research Council. Strengthening Forensic Science in the United States: A Path Forward. National Academies Press; .2009

[7] المملكة العربية السعودية. نظام حماية الطفل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/14) وتاريخ 1436/2/3هـ.

[8] القرآن الكريم.

[9] أصحاب السنن. حديث «كسرُ عظمِ الميتِ ككسرِه حيًّا»؛ وأحاديث النهي عن المثلة.

[10] المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي. القرار السابع بشأن البصمة الوراثية ومجالات الاستفادة منها، الدورة السادسة عشرة، مكة المكرمة، 21–26 شوال 1422هـ / 5–10 يناير 2002م.

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

[11] المملكة العربية السعودية. نظام الإجراءات الجزائية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/2) وتاريخ 1435/1/22هـ.

[12] المملكة العربية السعودية. نظام الحماية من الإيذاء، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/52) وتاريخ 1434/11/15هـ.

[13] المملكة العربية السعودية. نظام حماية البيانات الشخصية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 1443/2/9هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 1444/9/5هـ.

[14] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 1426/11/3هـ.

[15] المملكة العربية السعودية. نظام الإثبات، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/43) وتاريخ 1443/5/26هـ.

[16] الأدلة الإجرائية المعتمدة في المشارح والمختبرات الجنائية السعودية.

[17] World Medical Association. Declaration of Tokyo: Guidelines for Physicians Concerning Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment.

[18] United Nations. Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel in the Protection of Prisoners and Detainees.

[19] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية، الدورة الثامنة، بروناي دار السلام، 1–7 محرم 1414هـ / 21–27 يونيو 1993م.

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

أخلاقيات طب الطوارئ والتخدير والعناية المركزة

Chapter 33 -Ethics in Emergency Medicine, Anesthesia, and Critical Care

ضيق الوقت يختصر الكلام ولا يُسقط الاحترام.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

في الطوارئ والعناية وغرفة العمليات يتغير كل شيء إلا المبادئ: يضيق الوقت، ويغيب المريض عن الوعي، ويحضر أهله بلا سلطة واضحة، ويزدحم القسم فتتنافس الحاجات على سرير واحد. وهذا الفصل يعالج المعضلات التي تقع **داخل المنشأة**: الإذن العاجل، والمريض مجهول الهوية، والتقييد، وازدحام الطوارئ، وأمر عدم الإنعاش قبل التخدير. أمّا الفرز الجماعي والكوارث والعمل التطوعي خارج المنشأة فمحلّها الفصل التالي.

وأخطر ما يقع فيه الأطباء الشباب هنا أن يظنوا أن ضيق الوقت يُسقط الحقوق. **وضيق الوقت يختصر الكلام ولا يُسقط الاحترام.**

فروق تمنع الخطأ

هذه الفروق هي أنفع ما تحفظه من الفصل:

• **موافقة عاجلة مختصرة ≠ علاج بلا موافقة**: فإن كان المريض قادرًا فأعطه معلومة مركزة واطلب اختياره، ولا تُلغِ الحوار لضيق الوقت.

• **تعذّر الموافقة ≠ رفض مريض قادر**: فالاستثناء يعمل مع العجز أو التعذّر مع خطر زمني، **لا** مع وجود رفض صحيح.

• **جهالة الهوية ≠ غياب الأهلية**: فقد يكون المجهول واعيًا قادرًا، وتبقى له السرية والاحترام.

• **التقييد العلاجي ≠ الدفاع عن النفس**: الأول جزء من خطة رعاية لسلامة المريض، والثاني ردّ متناسب على خطر وشيك.

• **التسكين العلاجي ≠ القيد الدوائي**: فإعطاء الدواء لمجرد ضبط السلوك يحتاج ضوابط التقييد ومراقبته.

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

• **عدم محاولة الإنعاش ≠ عدم العلاج**: الأمر يخص الإنعاش عند التوقف، وبقية العلاجات تُقرر كلٌّ على حدة.

• **سحب علاج غير مناسب ≠ إحداث الموت**: الأول يوقف وسيلة لم تعد تحقق هدفًا مقبولًا مع استمرار الرعاية.

القاعدة الحاكمة: ثلاثة أسئلة قبل أي تدخل عاجل

• هل الخطر حقيقي وقريب، وما الضرر المتوقع من الانتظار؟

• هل المريض قادر لهذا القرار الآن، وهل يمكن الحصول على إذنه أو إذن ممثله دون تعريضه لضرر جسيم؟

• ما أقل تدخل يحقق هدف الإنقاذ، وما خطة الإيقاف والتفسير والتوثيق وإعادة التقييم؟

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

الأهلية: محددة بالقرار ومتغيرة بالزمن

الأهلية **قدرة وظيفية** تُقاس لهذا القرار في هذه اللحظة، وتفصيلها في الفصل الخامس. وما يخصك هنا أن المصاب قد يوافق على إيقاف نزف بسيط ولا يقدر على رفض تنبيب ينقذ حياته بسبب نقص الأكسجة.[1]

وصحّح الأسباب القابلة للعكس **قبل** أن تحكم بالعجز: سكر الدم، ونقص الأكسجة أو التروية، والألم، والهذيان، والتسمم، والانسحاب، وحاجز اللغة، وضعف السمع أو البصر. **ولا يجعل الخوفُ ولا الرفضُ ولا الاختيارُ الديني غير المعتاد المريضَ فاقد الأهلية تلقائيًا** -واعتبار الرفض نفسه دليلًا على العجز خطأ شائع.

وإذا بقي الشك مع خطر شديد لا ينتظر، فأجرِ **الحد المنقذ القابل للمراجعة** ثم أعد القرار فور تحسن المريض. وبعد الإفاقة اشرح ما فُعل ولماذا، واطلب إذنًا جديدًا لكل ما لم يعد عاجلًا؛ فالشفافية اللاحقة جزء من احترامه لا تبرير شكلي.

المريض مجهول الهوية

افصل سؤالين: كيف أنقذه الآن؟ وكيف أمنع خطأ الهوية؟ فأنشئ **اسمًا مؤقتًا ورقمًا فريدًا لا يعاد استخدامه**، واستعمل **معرّفين** في كل دواء وعينة وإجراء ونقل دم.[2]

وتشابه أسماء مثل «مجهول 1» أو دمج السجل قبل التحقق قد ينقل حساسية أو فصيلة أو أوامر من شخص إلى آخر. **وعدم معرفة الاسم لا يبرر ضعف التعريف.**

التقييد والتهدئة والدفاع عن النفس

السلوك الهائج عرض قبل أن يكون مشكلة أمنية. فابدأ التقييم بنقص الأكسجة، وإصابة الرأس، والهذيان، والألم، والاحتباس البولي، ونقص السكر، والتسمم أو الانسحاب. ثم قلّل الضجيج والجمهور، وعيّن متحدثًا واحدًا، واعرض خيارات بسيطة.[3]

فإن بقي خطر قريب فاستعمل **أقلّ وسيلة فعّالة لأقصر مدة**، مع فريق مدرب، وتجنّب الوضع المنبطح، وحماية مجرى الهواء، والمراقبة، والفكّ المبكر. **والقيد دون علاج السبب إخفاق مزدوج**، والتقييد ليس وسيلة للراحة التشغيلية ولا عقوبة.[3، 4]

وأمّا الدفاع عن النفس فيبدأ عند اعتداء وشيك لا يكفي دفعه بالكلام أو الانسحاب الآمن؛ ويجيز قوة متناسبة **تتوقف فور زوال الخطر**، ولا يسقط بها حق المعتدي في العلاج.

التخدير والعناية المركزة

المريض تحت التخدير شديد الاعتماد على أمانة الفريق: لا يستطيع مراقبة من يدخل، ولا حماية جسده أو سرّه، ولا سحب موافقته أثناء الإجراء. **وإذن التخدير ليس ملحقًا إداريًا بإذن العملية**؛ فبيّن الخطة والبدائل والمخاطر الجوهرية المتصلة بحالته، ومن سيشارك، وخطة الألم.[5]

وفي العناية المركزة قد يصير العلاج **تجربة محددة المدة** بدل وعد مفتوح: غاية قابلة للقياس -تحسن الدوران أو الوعي أو فطام التهوية -وزمن مراجعة، وما الذي يعني النجاح أو الفشل. ولا تكفي جملة «الأسرة رفضت» أو «الأسرة تريد كل شيء»؛ بل اطلب من الوكيل أن يصف **قيم المريض وما كان سيختاره**. فالوكيل يفسّر إرادة المريض ولا يُنشئ حقًا في تدخل غير مناسب طبيًا.[6]

الفرز داخل القسم، وأمر عدم الإنعاش

الفرز المعتاد يقدّم الأشدّ حاجة أسرع **مع بقاء حق كل مريض في الرعاية**؛ فاللون ترتيب زمني يُعاد عند تغيّر العلامات، ولا يحدد القيمة الإنسانية. **وليس لطبيب منفرد أن يعلن الندرة لتبرير رفض مريض**؛ فالانتقال إلى منطق الحوادث الجماعية يحتاج تفعيلًا

رسميًا من صاحب صلاحية وفق خطة المؤسسة.[7] ويجب فصل من يقيّم المريض عن أي ضغط مالي أو تأميني.

وأمّا **أمر عدم الإنعاش** فيخص الإنعاش عند التوقف، ولا يعني وقف المسكنات أو الأكسجين أو المضادات أو العمليات النافعة تلقائيًا. **ومنع المسكنات عن مريض لديه أمر عدم إنعاش خلط مؤذٍ.**[8] وقبل التخدير يقضي المعيار المهني **ألا يُعلَّق الأمر آليًا ولا يُطبَّق بنصّه بلا نقاش**؛ بل تُعاد مناقشته مع المريض أو ممثله لأن التخدير يستعمل إجراءات تشبه الإنعاش. والمسارات ثلاثة: تعليق مؤقت كامل، أو تحديد إجراءات بعينها كالضغطات أو إزالة الرجفان، أو توجيه قائم على أهداف المريض -**مع تحديد زمن عودة الأمر الأصلي**.[9] وتفصيل أمر عدم الإنعاش في الفصل الحادي والأربعين.

الأساس الشرعي

ينطلق الحكم من حرمة النفس ووجوب صيانتها: ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾، والنهي عن الإلقاء في التهلكة. ويضبط «لا ضرر ولا ضرار» قرارات الإنقاذ والتقييد والفرز. و«**الضرورات تبيح المحظورات**» مقيدة بـ«**الضرورة تُقدَّر بقدرها**»: أقل إجراء، وأقصر زمن، وأضيق إفصاح -**ويزول الترخيص بزوال الضرورة**، ولا تعمل القاعدة مع مجرد السهولة أو الضغط التشغيلي.

وذهب جمهور الفقهاء إلى جواز دفع الصائل عن النفس والغير **بأخفّ ما يندفع به الاعتداء**؛ فإذا كفى الابتعاد أو الأمن لم يجز الأشد، وإذا انتهى الخطر انتهى الدفع.

وفي الإذن العاجل نصّ قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 184 (10/19) في «ثانيًا» على أن المريض كامل الأهلية تام الوعي إذا قرر الأطباء أن حالته مستعجلة «فإن إعطاء الإذن بعلاجه واجب شرعًا يأثم المريض بتركه»، وأنه «يجوز للطبيب إجراء التدخل العلاجي اللازم إنقاذًا لحياة المريض استنادًا لأحكام الضرورة في الشريعة»؛ وقيّد ذلك في «خامسًا» بشرح خطورة الحالة وآثار الرفض، وتوثيق الإصرار عليه، وتأكد فريق لا يقل عن ثلاثة أطباء استشاريين ليس المعالج منهم من التشخيص والعلاج المقترح.[10] والذي أختاره في التنزيل، كما تقدم في الفصل الخامس، أن الإثم في ذمة المريض حكم تكليفي **لا يمنح الطبيب سلطة الإكراه الجسدي** على قادر يرفض بوعي؛ فيُستنفد الإقناع ويوثَّق الرفض، ويبقى استثناء الضرورة لصورة غياب الإدراك أو تعذّر الإذن.

وفي عدم الإنعاش أفتت **اللجنة الدائمة في الفتوى رقم 12086** (مجموعة الفتاوى،

المجلد 25، ص 78–80) بأنه لا حاجة إلى تركيب أجهزة الإنعاش إذا قرر **ثلاثة أطباء مختصين ثقات** عدم ملاءمته أو عدم جدواه في ست صور. منها: الوصول ميتًا، وعدم صلاحية الحالة للإنعاش، والتلف الدماغي الذي لا رجعة فيه. وختمت في هذا السياق: «لا يلتفت إلى رأي أولياء المريض في وضع آلات الإنعاش أو رفعها».[11] والذي أفهمه من العبارة أنها لا تعني إقصاء الأسرة من المعرفة والدعم؛ بل تقرر أن الحكم الطبي على جدوى الإنعاش لا يصير صحيحًا أو خاطئًا بتفضيل الولي.

تحقيق فقهي لازم: فتوى عدم الإنعاش، وتشخيص الموت الدماغي، وحكم العلاج غير ذي الجدوى موضوعات متصلة **لكنها ليست شيئًا واحدًا**. فحدّد حالة المريض والنص المنطبق قبل نقل الحكم.[11، 12]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
المادة (8)	وجوب تقديم المساعدة للمصاب
المادة (16)	منع الامتناع في الحالات العاجلة
المادة (19)	الرضا، واستثناء تعذّره
المادة (21)	السر واستثناءاته
المادة (26)	العناية اليقظة والمسؤولية
المؤسسات الصحية الخاصة	إسعاف بلا مطالبة مالية[13]
الرعاية الصحية النفسية	الأقلّ تقييدًا ولمدة محدودة[4]
الدليل الوطني	توقيع الاستشاري وطبيبين[14]

والمادة (19) من نظام مزاولة المهن الصحية هي مفتاح الإذن العاجل: «وتعذر الحصول على موافقة المريض ... في الوقت المناسب؛ فإنه يجب ... إجراء العمل الطبي دون انتظار». فالشرط **تعذّر الإذن مع الضرورة الزمنية، لا مجرد مخالفة المريض القادر**. ولا يكفي في التوثيق كتابة عبارة عامة مثل «حالة طارئة»؛ بل تُوثَّق الوقائع والوقت والأهلية والتعذّر.[15]

وتُلزم **المادة السادسة عشرة** من نظام المؤسسات الصحية الخاصة المؤسسةَ بتقديم العلاج الإسعافي لجميع الحالات الخطرة **دون مطالبة مالية قبل العلاج**؛ فلا يصير غياب التأمين أو رفض شركته سببًا لتأخير الإنعاش أو التثبيت اللازم.[13]

وأمّا **الدليل الوطني لعدم الإنعاش** فيجعل القرار الطبي في الحالات المنطبقة

بتوقيع الاستشاري المسؤول وطبيبين لا تقل مرتبتهما عن أخصائي، بعد تقييم الحالة والمآل. **ويؤكد أن أمر عدم الإنعاش لا يعني خفض جودة سائر الرعاية.**[14] وفي دراسة على 112 طبيب طوارئ وعناية كان 96.4% على علم بالسياسة، لكن 67% لم يقرؤوها. فاقرأ سياسة منشأتك قبل أن تحتاجها.[16]

إشارات توقف فورية

- مريض قادر يُعامل كفاقد أهلية لأنه رفض.
- اسم مؤقت مكرر، أو دمج سجل قبل التحقق.
- تقييد بلا سبب ووقت ومراقبة، أو قوة تستمر بعد زوال الخطر.
- إعلان ندرة بلا تفعيل رسمي، أو أولوية بسبب التأمين أو المكانة.
- أمر عدم إنعاش فُهم منعًا لكل علاج، أو عُلّق آليًا قبل العملية.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
حرمة النفس ووجوب صيانتها وإنقاذها	نص قطعي	﴿ومن أحياها فكأنما أحيا الناس جميعًا﴾، والنهي عن الإلقاء في التهلكة
«لا ضرر ولا ضرار» ضابطًا للإنقاذ والتقييد والفرز	قاعدة كلية متفق عليها	حديث «لا ضرر ولا ضرار»
«الضرورات تبيح المحظورات» مقيدة بقدرها، ويزول الترخيص بزوالها	قاعدة كلية متفق عليها	قاعدة فقهية مأخوذة من نصوص الضرورة
جواز دفع الصائل بأخف ما يندفع به، وانتهاء الدفع بانتهاء الخطر	قول راجح	مذهب جمهور الفقهاء في دفع الصائل
وجوب الإذن على كامل الأهلية في الحالة المستعجلة والإثم بتركه، مع الشرح والتوثيق وتأكد ثلاثة استشاريين ليس المعالج منهم	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 184 (10/19) [10]
أن إثم ترك الإذن لا يمنح الطبيب سلطة الإكراه الجسدي على قادر يرفض بوعي	اجتهاد المؤلف	تنزيل القرار 184 على قاعدة الرضا [10]
عدم الحاجة إلى تركيب أجهزة الإنعاش	فتوى	اللجنة الدائمة، فتوى رقم 12086

بقرار ثلاثة أطباء ثقات في صور محددة، وعدم الالتفات إلى رأي الأولياء في وضعها أو رفعها		[11]
أن عدم الالتفات إلى رأي الأولياء لا يعني إقصاء الأسرة من المعرفة والدعم	اجتهاد المؤلف	فهم المؤلف لعبارة الفتوى [11]
التفريق بين فتوى عدم الإنعاش وتشخيص موت الدماغ وحكم العلاج غير المجدي	اجتهاد المؤلف	تحقيق المؤلف في تنزيل النصوص [11، 12]

خلاصة عملية

ثبّت ما لا يحتمل التأخير، ثم اختبر الأهلية لهذا القرار، وصحّح ما يقبل التصحيح. وأعطِ أقلّ تدخل ينقذ، ووثّق الخطر والوقت والتعذّر لا العبارة العامة، وأعد التقييم بعد كل تغيّر مهم. **وما يُبيحه ضيق الوقت يزول بزواله، وما يُبيحه العجز عن الإذن ينتهي بعودة القدرة عليه.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: مريض يرفض التنبيب في الطوارئ

| **السيناريو:** مريض بنقص أكسجة شديد بعد التهاب رئوي يقول: «لا أريد الجهاز». هو قلق ومتقطع الانتباه، وتشبع الأكسجين منخفض، ولا يعرف هل رفضه مؤقت أم قيمة ثابتة.

| **الركن الطبي:** يعالج نقص الأكسجة ويقيّم الفهم والانتباه وقدرته على تقدير الموت المحتمل، ويبحث عن توجيه سابق. يمكن تجربة دعم أقل بمهلة قصيرة إذا كان آمنًا.

| **الركن الأخلاقي:** لا يعد الرفض عجزًا، لكن القرار المتأثر بنقص أكسجة أو هذيان قد لا يكون صالحًا. الافتراض إنقاذ قابل للمراجعة عندما يكون العجز والخطر واضحين.

| **الركن الفقهي:** يتحقق مناط العقل والضرورة. فإن غاب الإدراك وخيف الهلاك جاز التنبيب بقدر الحاجة استنادًا إلى أحكام الضرورة. وإن ثبت العقل والفهم فقد نص قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 184 (10/19) في «ثانيًا» على أن إعطاء الإذن بالعلاج المستعجل «واجب شرعًا يأثم المريض بتركه»، وعلى جواز التدخل اللازم إنقاذًا للحياة استنادًا لأحكام الضرورة، بعد شرح خطورة الحالة وآثار الرفض وتوثيق الإصرار عليه [10]. والذي أختاره في التنزيل، كما في الفصل الخامس، أن الإثم في ذمة المريض حكم تكليفي لا يمنح الطبيب سلطة الإكراه الجسدي على قادر يرفض بوعي؛ فيُستنفد الإقناع

ويوثَّق الرفض ويُحترم اختياره ضمن الحكم الشرعي والنظامي، ويبقى استثناء الضرورة لصورة غياب الإدراك أو تعذّر الإذن.

| **الركن النظامي:** الاستثناء النظامي يحتاج تعذر موافقة صحيحة في الوقت المناسب. يوثق التقييم والأسباب القابلة للعكس والمعلومة ومحاولات الوصول إلى وكيل.

القرار المهني الموزون: يعطى أكسجين وإنعاش أولي ويعاد تقييم الأهلية فورًا. إذا ثبت أنه غير قادر والخطر لا ينتظر، يُنَبَّب مؤقتًا ويعاد القرار بعد التحسن. وإذا استعاد أهلية واضحة وكرر رفضًا مستنيرًا، يحترم الرفض وتوضع خطة علاج تلطيفي وأمان مناسبة.

ما الذي قد يغيّر القرار؟ وجود توجيه مسبق صحيح يرفض التنبيب، أو استعادة أهلية مستقرة، يغير مسار الإنقاذ؛ كما أن تحسن الأكسجة قد يتيح قرارًا أطول.

الحالة الثانية: هذيان وعدوان وسحب للأنابيب

| **السيناريو:** مريض عناية مركزة بهذيان يسحب القسطرة المركزية ويضرب الممرضة. تجمع أفراد الأسرة عند السرير ويزداد الهياج.

| **الركن الطبي:** يفحص الألم ونقص الأكسجة والاحتباس والأدوية والعدوى، ويقلل الجمهور ويستخدم متحدثًا واحدًا. إن بقي خطر قريب يستعمل أقل قيد مع مراقبة وفك مبكر.

| **الركن الأخلاقي:** حماية المريض والعاملين تبرر تدخلًا متناسبًا لا عقوبة. تبقى الرعاية والكرامة بعد الاعتداء، ويستحق العامل دعمًا وإبلاغًا.

| **الركن الفقهي:** يجوز منع فاقد الإدراك من إضرار نفسه ودفع الصائل بالأخف، ويتوقف الدفع بزوال الخطر. لا يجوز الانتقام أو ترك العلاج.

| **الركن النظامي:** تطبق سياسة التقييد المعتمدة؛ ويسجل السبب والبدائل والأمر والوقت والمراقبة. إن انطبقت حالة نفسية مستقلة روعيت شروط نظام الرعاية النفسية.

القرار المهني الموزون: يُخرج الزوار غير الضروريين، ويُعالج السبب القابل للعكس، ويستدعى فريق مدرب وأمن المنشأة. يستخدم قيد مؤقت أقل تقييدًا إذا لم يكف خفض التصعيد، مع مراقبة التنفس والدوران وإعادة تقييم متكرر وفك فور زوال الخطر، ثم مراجعة ما بعد الحدث.

ما الذي قد يغيّر القرار؟ إذا كان السلوك مقصودًا من مريض كامل الأهلية بلا اضطراب عضوي، يزداد دور الأمن والجهات النظامية، لكن تبقى القوة في الحد اللازم والرعاية مستمرة.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف تتكرر في الطوارئ والعناية وغرفة العمليات، جوابها محسوم بضوابط الفصل نفسه فلا تحتاج تحليلًا مطولًا؛ وما فُصِّل منها في موضعه من الكتاب يُحال إليه.

حادث جماعي ومورد جراحي واحد. بعد التفعيل الرسمي لخطة الندرة يُقدَّم صاحب فرصة الاستفادة الأعلى بقرار فريق فرز لا بقرار طبيب منفرد، ويُوثَّق وقت التفعيل وسبب القرار، ويبقى للآخر

تسكين ورعاية وإعادة تقييم إن تحرر مورد. فإذا تقاربت الفرص أو توفرت غرفة أخرى في زمن مقبول عاد الأمر إلى الفرز المعتاد أو إلى فاصل محايد معلن. وتفصيل الكوارث في الفصل الرابع والثلاثين، وتوزيع الموارد الشحيحة في الفصل السابع والثلاثين.

أسرة تطلب إنعاشًا كاملًا في مرض نهائي. يُثبت أمر عدم محاولة الإنعاش وفق الدليل الوطني بتوقيع الاستشاري المسؤول وطبيبين لا تقل مرتبتهما عن أخصائي، وتُصحَّح المفاهيم في جلسة منظمة: القرار يخص الإنعاش القلبي الرئوي وحده، وتستمر المسكنات والأكسجين والعلاجات النافعة والدعم الروحي والأسري. ويُعرض رأي ثانٍ أو لجنة أخلاقيات عند استمرار الخلاف. وتفصيل جدوى العلاج في الفصل الثاني والأربعين.

طبيب منفرد يعلن الندرة ليؤجّل مريضًا. لا يملك ذلك. فالانتقال من الفرز المعتاد إلى منطق العجز الجماعي لا يصح إلا بتفعيل رسمي من صاحب صلاحية وفق خطة المنشأة، بعتبة معلنة ومعايير إدخال وخروج وآلية استئناف ومراجعة. وقبل ذلك يبقى الترتيب زمنيًا بالاستعجال السريري، ويبقى لكل مريض حقه في الرعاية. الضابط: الندرة حالة تُعلن لا وصفٌ يُدَّعى.

جرعة تُعطى لمريض هائج لتقليل حركته فقط. هذه قيد دوائي لا تهدئة علاجية، فتلزمها ضوابط التقييد كاملة: سبب قريب موثق، وبديل جُرِّب، وأمر ومدة، ومراقبة الوعي والتنفس والدوران والأطراف، وفك مبكر عند زوال السبب، ومراجعة بعد الحدث. أما إذا كان القصد علاج هذيان أو ذهان أو ألم فالوصف علاجي وتبقى المراقبة قائمة. الضابط: النية والهدف والجرعة هي التي تحدد الوصف لا اسم الدواء.

مريض اعتدى على الفريق ثم زال الخطر. ينتهي الدفع بانتهاء الاعتداء، ولا تتحول الواقعة إلى عقوبة، ولا يسقط حق المعتدي في العلاج. يُبلَّغ الأمن والجهة المختصة، ويُدعم المعتدى عليه، وتُوثَّق الواقعة، ويُراجع خلل النظام الذي أتاحها؛ ويضمن المتعدي ما جاوز القدر اللازم بحسب الجهة القضائية. الضابط: القوة تتوقف عند حدّها، والرعاية لا تتوقف.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. لاحظت أن ممرضة أوقفت المسكن الأفيوني والمضاد الحيوي عن مريض سرطان في العناية لأن في ملفه أمر عدم إنعاش، وقالت: «الأمر يعني عدم العلاج». ما الصحيح؟

أ) تصرفها صحيح؛ فالأمر يشمل وقف المسكنات والمضادات تلقائيًا

ب) يُعاد المسكن والمضاد؛ فالأمر يخص الإنعاش عند التوقف فقط، وبقية العلاجات تُقرر كلٌّ على حدة وفق أهداف المريض وجدواها

ج) يُعاد المسكن وحده، ويبقى وقف المضاد لأنه علاج فعّال

د) يُلغى أمر عدم الإنعاش حتى لا يتكرر الخلط

2. وصل مصاب بنزف بطني وصدمة دورانية بلا هوية ولا مرافق، ويحتاج نقل دم وفتح بطن

خلال دقائق. ما الصحيح؟

أ) يُنتظر حضور مرافق يوقّع الإذن قبل الجراحة

ب) يُؤجَّل نقل الدم حتى تُعرف الفصيلة من سجل سابق

ج) يُنقل الدم وتُجرى الجراحة المنقذة فورًا بتعريف مؤقت فريد، مع بحث متوازٍ عن ممثل وتوثيق التعذّر

د) تُسجَّل الحالة باسم «مجهول 1» تسهيلًا على الفريق

3. في العناية المركزة مريض بتلف دماغي لا رجعة فيه وليس موتاً دماغياً، وقرر الطبيب المعالج وحده رفع جهاز التنفس بعد أن وقّعت الأسرة مو افقتها. ما الخلل في هذا المسار بحسب فتوى اللجنة الدائمة رقم 12086 والدليل الوطني؟

أ) لا خلل؛ فموافقة الأسرة المكتوبة تكفي

ب) الخلل أن الرفع لا يجوز في أي حال ولو تعددت الآراء الطبية

ج) الخلل أن القرار يحتاج ثلاثة أطباء مختصين ثقات (استشاريًا وطبيبين بحسب الدليل)، والحكم على الجدوى لا يتوقف على تفضيل الأولياء

د) الخلل أن الموافقة يجب أن تكون من جميع الأولياء لا من بعضهم

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) ج • 3) ج

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Jay et al. Capacity, vulnerability and consent in older emergency-department patients: scoping review, 2022. الرابط

[2] The Joint Commission. Two Patient Identifiers-Understanding the Requirements, updated 21April 2026. الرابط

[3] NICE. Violence and aggression: short-term management, NG10, recommendations. الرابط

[4] هيئة الخبراء. نظام الرعاية الصحية النفسية، م/56 في 1435/9/20هـ، قرار مجلس الوزراء 366 في 1435/9/10هـ. الرابط

[5] American Society of Anesthesiologists. Principles for the Ethical Practice of Anesthesiology, amended 15October 2025. الرابط

[6] ATS/SCCM et al. Responding to requests for potentially inappropriate treatments in ICUs, 2015. الرابط

[7]World Health Organization. Mass casualty management and facility triage guidance. الرابط

[8]American Heart Association. Part 3: Ethics, 2025CPR and ECC Guidelines. الرابط

[9]American Society of Anesthesiologists. Ethical Guidelines for Anesthesia Care of Patients with DNR Orders, reaffirmed 18October 2023. الرابط

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 184 (10/19) بشأن الإذن في العمليات الطبية المستعجلة، الدورة التاسعة عشرة، الشارقة، 1–5 جمادى الأولى 1430هـ / 26–30 أبريل 2009م.

[11] اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. الفتوى رقم 12086، مجموعة الفتاوى، ج25، ص78–80؛ الاستفتاء الوارد 1508 في 1409/3/28هـ. الرابط

[12] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش، 8–13 صفر 1407هـ/11–16 أكتوبر 1986م. الرابط

[13] هيئة الخبراء. نظام المؤسسات الصحية الخاصة، م/40 في 1423/11/3هـ، قرار مجلس الوزراء 240 في 1423/10/26هـ، المادة 16. الرابط

[14] المجلس الصحي السعودي/وزارة الصحة. الدليل الوطني لحالة عدم الإنعاش، 14 جمادى الآخرة 1438هـ/13 مارس 2017م؛ قرار التشكيل 64/3 في 1434/3/1هـ. الرابط

[15] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مزاولة المهن الصحية، م/59 في 1426/11/4هـ، قرار مجلس الوزراء 276 في 1426/11/3هـ. الرابط

[16]Aljohaney et al. DNR practice among emergency and intensive-care physicians in Saudi Arabia, 112physicians, 2018. الرابط

أخلاقيات الطوارئ والكوارث والإغاثة والعمل التطوعي

Chapter 34 -Ethics in Disasters, Relief, and Volunteer Work

الكارثة توسّع هامش الاجتهاد ولا تلغي المساءلة.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

في الأحوال العادية قاعدتك بسيطة: أن تبذل لكل مريض أقصى ما يمكن. أمّا في الكارثة فالموارد أقل من الحاجة، والوقت أضيق، والمعلومة ناقصة، **والخطر يمتد إليك أنت**؛ فتتحول القاعدة إلى: «أكبر نفع ممكن لأكبر عدد ممكن بما هو متاح».

وهذا ليس تخفيفًا للأخلاق بل تغيير في موضعها: **فمن يبذل كل موارده لمصاب واحد ميؤوس منه بينما يموت خمسة كان يمكن إنقاذهم مخطئ في التقدير، ومن يتذرع بالكارثة ليهمل المحتضرين أو ينتقي بالمحاباة خرج عن الطب والأخلاق معًا.**

وموضع هذا الفصل **خارج المنشأة**: الفرز الجماعي في الموقع، والكوارث والنزاعات، والإغاثة عبر الحدود، والعمل التطوعي. أمّا الإذن العاجل والتقييد وازدحام الطوارئ داخل المنشأة فمحلها الفصل السابق.

القاعدة الجامعة: الكارثة تغيّر ما هو **ممكن**، ولا تغيّر ما هو **صواب**.

المفاهيم الأساسية

معيار **الكارثة** ليس حجم الحدث بل **اختلال التوازن بين الاحتياج والموارد**؛ فحادث حافلة في مركز صغير قد يكون كارثة، وأكبر منه في مدينة مجهزة لا يكون.

وتمرّ إدارتها بخمس مراحل لا تُختصر: التخطيط واختبار الخطة، فالإعداد والتجهيز، فالمواجهة والاستجابة، فإعادة البناء، فالمراقبة والتقويم. **وأكثر الإخفاقات تقع لأن الجهود تتركز في المرحلة الثالثة وحدها.** وأول ما يُطلب عند وصولك ليس العلاج بل **التقييم**؛ فالانخراط المباشر في علاج أول مصاب أشيع خطأ ميداني.

الفرز الجماعي: قلب الفصل

الفرز تصنيف المصابين بحسب شدة الإصابة واحتمال الانتفاع وتوافر الموارد. **وهو يقلب منطق الطب المعتاد**: ففي الأحوال العادية يُقدَّم الأشد خطورة، أمّا في الكارثة

الكبرى فيُقدَّم من ينتفع أكثر بأقل مورد. وقد يؤجَّل الأشد خطورة إذا كان إنقاذه يستهلك موارد تكفي لإنقاذ عدد أكبر -وهو **الفرز العكسي**، أصعب ما يواجهك نفسيًا.

والفئات أربع: **الأحمر** لمن يحتاج تدخلًا فوريًا وترجى نجاته؛ و**الأصفر** لمن يحتمل التأجيل المحدود؛ و**الأخضر** لطفيف الإصابة؛ و**الأسود** لمن فارق الحياة أو من فرصته ضئيلة جدًا بالموارد المتاحة -**ويُقدَّم له التسكين والرعاية المريحة لا الإهمال**. واحفظ ثلاثة ضوابط: أن **الفرز ديناميكي يُعاد دوريًا**، فما كان أسود عند نقص الموارد قد يصير أحمر عند وصول الإمدادات؛ وأن يقوم به **أكثر الحاضرين خبرة** ولا ينشغل بعلاج فرد؛ وأن تُستعمل بطاقات موحدة تُثبَّت على المصاب.[1، 2]

ومن الأخطاء الشائعة: الانجذاب إلى الأعلى صوتًا **بينما الأخطر صامت**؛ وإهمال إعادة الفرز؛ وتطبيق منطق الكارثة في حادث عادي -والعكس أخطر.

متى يجوز تغيير قاعدة العمل؟

تغيير قاعدة العمل قرار جسيم **لا يملكه فرد**؛ ويشترط لإعلانه: ثبوت أن الطلب فاق الموارد **فعلًا لا توقعًا**؛ واستنفاد وسائل توسيع الطاقة (استدعاء الكوادر، ونقل المرضى، وطلب الإمداد)؛ وصدور الإعلان عن جهة مخوّلة؛ ونشر المعايير؛ وموعد مراجعة والعودة بزوال السبب.[3]

والذي يتغير شكل التنفيذ: نسب التمريض، والأماكن البديلة، وترتيب الأولويات. **والذي لا يتغير أبدًا**: الكرامة، وتسكين الألم، وعدم التمييز بغير مرجّح طبي، والتوثيق، والصدق.

مرجّحات التوزيع: ما يُعتبر وما يُستبعد

الأصل التساوي بين الأنفس في القيمة؛ فلا يُقدَّم أحد إلا بمرجّح معتبر، وتفصيل المرجّحات وأدلتها في الفصل السابع والثلاثين. والترتيب المعتمد في هذا الكتاب واحد في الميدان والمنشأة: **أولًا** شدة الحاجة والاستعجال، أي الخطر الفوري على الحياة؛ **ثانيًا** رجاء الانتفاع، أي احتمال النجاة بالتدخل ومقداره؛ **ثالثًا** عند التساوي: السبق في الوصول ثم القرعة. [4، 5] وتُعتبر كثرة المنتفعين عند الفرز الجماعي في الكارثة -حين يستهلك إنقاذ واحد ما يكفي لإنقاذ عدد -لا في المفاضلة بين مريضين. ويُلحق بذلك حماية القائمين على الإنقاذ تفضيلًا أداتيًا مؤقتًا معلنًا لا يمتد إلى أقاربهم. والمعايير المستبعدة صراحة: المال، والنفوذ، والواسطة، والمكانة، والقرابة، وضغط المرافقين، والجنسية،

والقبيلة، والدين، ويُلحق بها العمر المجرد والإعاقة المجردة اللذان لا صلة لهما باحتمال الانتفاع. [6] وأدقّ ما تضبطه: الفرق بين سحب مورد لثبوت عدم جدواه للمريض نفسه بقرار لجنة -وهو سائغ -وسحبه لتفضيل مريض آخر جاء بعده -وهو ممنوع بحسب فتوى المجلس الأوروبي الآتية. [7]

واجب الاستجابة وحدوده

عليك واجب استجابة حقيقي **وليس مطلقًا**. وحدوده أربعة: **الخطر الجسيم الذي لا وقاية منه، وانعدام الكفاءة، والالتزامات المتعارضة، والحالة الصحية أو الحمل.**[8]

وميّز ثلاث درجات: الاستجابة داخل نطاق عملك؛ والاستجابة الطارئة لمن تشهد حالته الخطرة (واجب مهني ونظامي)؛ والسفر إلى منطقة منكوبة (فضل عظيم لا فرض عين).

ويقابل ذلك **المعاملة بالمثل**: إن طُلب منك تحمل خطر إضافي نشأ في ذمة المؤسسة واجب مقابل -وقاية وتدريب وتنظيم ساعات ودعم نفسي. **ولا يجوز تحميل العاملين خللًا مؤسسيًا**؛ فعند الضرر يبدأ التحقيق بسؤال «أين فشلت الحواجز؟» لا «من أخطأ؟».

وسلامة المُنقِذ أولًا، ثم الفريق، ثم المصاب -ترتيب عملي لا أنانية؛ فالمنقذ المصاب يتحول من مورد إلى عبء. فلا تدخل موقعًا غير مؤمَّن قبل تصريح فرق الإنقاذ، ولا تنقل مصابًا ملوثًا قبل التطهير فتحوّل المستشفى نفسه إلى موقع كارثة.

الأساس الشرعي

مدار الباب على حفظ النفس: ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾، والكرامة: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ﴾ -**فالمتضرر ليس رقمًا في إحصاء ولا صورة في حملة تبرع.**

وأنفع القواعد لك أربع. الأولى «**الميسور لا يسقط بالمعسور**»: إذا تعذرت الرعاية المثلى لم يسقط تقديم الممكن منها. والثانية «**يُرتكب أخف الضررين**» وهي الأساس الفقهي للفرز. والثالثة «**لا واجب مع العجز**». والرابعة «**الاضطرار لا يُبطل حق الغير**»: فلا يُنتزع مورد من مريض ثبت حقه فيه لإعطائه غيره وإن كان أرجى شفاءً.[9]

وإغاثة المنكوبين **فرض كفاية** كما قرره الفقهاء في إنقاذ المشرف على الهلاك؛ وتعلّم مهارات الاستجابة وتجهيز الفرق قبل الوقوع جزء من الواجب. **والأقرب عندي أن**

التطوع قبل الالتزام به ليس واجبًا، فإذا التُزم به تعيّن؛ وأصله قول المالكية بلزوم الوعد إذا دخل الموعود بسببه في التزام، وخالفهم الجمهور في لزوم الوعد قضاءً. فمن سجّل نفسه في فريق ثم تخلف بلا عذر أربك خطة بُنيت على وجوده.

وأدقّ نص معاصر في الفرز عند ندرة الموارد فتوى المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث رقم (30/18): «لا يجوز نزع الأجهزة عن مريض يُعالَج بها لصالح مريض جاء بعده، أما إذا كان الطبيب حائرًا بين مريضين بحيث لم يعد له مجال إلا اختيار أحدهما، يُقدَّم الأسبق إلا إن كان ميؤوسًا من شفائه، ومن يحتاج إلى الإسعاف العاجل على من تسمح حالته بالتأخير، ومن يُرجى شفاؤه على من لا يُرجى، وذلك بغلبة الظن والتقدير الطبي». [7] وهي تفترض حال التعذر بين مريضين متساويين لم يبق إلا اختيار أحدهما، فتقدّم الأسبق ما لم يكن ميؤوسًا منه، فالأعجل، فالأرجى؛ فلا تعارض بينها وبين الترتيب المعتمد: فالاستعجال ورجاء الانتفاع مرجّحان طبيان يسبقان السبق، والسبق لا يعمل إلا عند التساوي.

وجاء في البند الثامن عشر من توصيات **الندوة الطبية الفقهية الثانية لمجمع الفقه الإسلامي الدولي** بشأن كوفيد-19: «وعند عدم وجود العدد الكافي من الأجهزة يُرجع إلى رأي الطبيب وتقديم من يستحق التقديم، وعند التساوي يُرجع إلى القرعة بين المرضى».[4] وقرر الفقهاء أن أسباب الترجيح عند التزاحم ترجع إلى **السبق والقوة والقرعة** -وهو الأساس الفقهي المباشر للفرز الطبي.[5]

وقررت الشريعة حماية غير المقاتلين قبل الاتفاقيات الحديثة بقرون؛ ويلحق بهم -فيما أرجّحه -المشتغلون بالإسعاف والتطبيب لأنهم لا يقاتلون. **والجريح يُعالَج لأنه جريح. والحماية مشروطة بالتزام الصفة**: فلا تشارك في القتال، ولا تستعمل الشارة في غير موضعها.[10]

النصوص التي تحكم عملك

النص	ما يقرره
نظام الدفاع المدني	الإطار الأعلى لإدارة الكوارث[11]
المادة (8)	تقديم المساعدة الممكنة
المادة (19)	استثناء تعذّر الرضا
المؤسسات الصحية الخاصة	إسعاف بلا مطالبة مالية

نظام العمل التطوعي	تسجيل الفريق واعتماده[12]
هيئة الهلال الأحمر	الإسعاف والإغاثة الميدانية
اتفاقيات جنيف	حماية الجرحى والطواقم[10]
المبادئ الإنسانية الأربعة	الإنسانية والحياد وعدم التحيز والاستقلال

و**نظام الدفاع المدني** أنشأ مجلس الدفاع المدني جهةً عليا لرسم سياسة مواجهة الكوارث والتنسيق. فليست إدارة الكارثة شأنًا صحيًا خالصًا، **ولا ينفرد طبيب ولا منشأة بإعلان حال الكارثة ولا بتنظيم الإخلاء العام.** و**المادة الثامنة** من نظام مزاولة المهن الصحية توجب على الممارس الذي يعلم أن مريضًا في حالة خطرة أن يقدم له «المساعدة الممكنة». وقيدها الدقيق «الممكنة» يوافق قاعدة «لا واجب مع العجز».[13]

و**نظام العمل التطوعي** يقرر أن ممارسة العمل التطوعي عن طريق فريق تكون **بعد تسجيله واعتماده لدى الجهة المستفيدة**؛ فالعمل الفردي المنفرد مخالف نظامًا. وأن التطوع **لا يسقط واجبات الجهة المنظمة** في الحماية والتدريب والسلامة.[12]

وتقرر **اتفاقيات جنيف** أن الجرحى يتلقون الرعاية دون تمييز مجحف، ولا تبرَّر الأولوية إلا **لأسباب طبية عاجلة**؛ وأن الوحدات الطبية ووسائط النقل والأفراد الطبيين يُحمون.[10]

أخلاقيات التطوع: ستة ضوابط

الكفاءة -لا تمارس في المخيم ما لا تمارسه في مقر عملك؛ و**عدم التحيز** -الخدمة على أساس الحاجة وحدها؛ و**عدم الاشتراط** -لا تُربط الخدمة بولاء أو تغيير معتقد. ثم **الاستمرارية** -لا تقدّم إجراءً لا تضمن متابعته؛ و**الكرامة** -حفظ الستر ومنع التصوير الترويجي دون إذن؛ و**الأمانة**. ويُضاف سابع كثير الإغفال: **احترام النظام الصحي المحلي**؛ فالمتطوع ضيف على منظومة قائمة، ونقل المعرفة إلى كوادرها أبقى أثرًا.[14]

والإتقان جزء من التكليف: «إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملًا أن يُتقنه» -فحسن القصد لا يجبر خلل الصنعة.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
حفظ النفس وكرامة الآدمي، فالمتضرر ليس رقمًا	نص قطعي	آيتا ﴿ومن أحياها﴾ و﴿ولقد كرمنا بني آدم﴾

«الميسور لا يسقط بالمعسور»، و«يُرتكب أخف الضررين»، و«لا واجب مع العجز»، و«الاضطرار لا يُبطل حق الغير»	قاعدة كلية متفق عليها	القواعد الفقهية الكلية [9]
إغاثة المنكوبين فرض كفاية	قول راجح	ما قرره الفقهاء في وجوب إنقاذ المشرف على الهلاك
منع نزع الأجهزة عن مريض لصالح من جاء بعده، وتقديم الأسبق ثم الأعجل ثم الأرجى شفاءً عند التعذر بين متساويين	فتوى	المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث، فتوى رقم (30/18) [7]
الرجوع إلى رأي الطبيب في التقديم، ثم القرعة عند التساوي	توصية ندوة	توصيات الندوة الطبية الفقهية الثانية لمجمع الفقه الإسلامي الدولي، البند 18 [4]
أسباب الترجيح عند التزاحم: السبق والقوة والقرعة	قول فقهي	ما قرره الفقهاء في باب التزاحم [5]
لزوم التطوع بالالتزام به، والترتيب الموحد للمرجّحات (الاستعجال، فرجاء الانتفاع، فالسبق ثم القرعة عند التساوي)، وإلحاق الطواقم الطبية بغير المقاتلين	اجتهاد المؤلف	ترجيح المؤلف في التنزيل؛ وأصل الأول قول المالكية في لزوم الوعد [10]

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **التخطيط:** أن يضع الخطة من لا خبرة ميدانية له، وأن يغيب فريق التقويم المستقل.
- **التصوير:** نشر صور المصابين لجمع التبرعات دون إذن -انتهاك للكرامة ولو لغرض حسن.
- **السفر الفردي:** مبادرة شخصية بلا جهة ولا تسجيل -تتحول من عون إلى عبء.
- **التبرع العيني:** دواء قارب انتهاء صلاحيته أو جهاز بلا قطع غيار -عبء لا عطاء.
- **التوثيق المؤجَّل:** ما يُكتب من الذاكرة بعد يومين إعادة بناء تقريبية لا توثيق.

خلاصة عملية

قيّم قبل أن تعالج، ولا تنفرد بإعلان الندرة، وطبّق مرجّحات معلنة مرتبة لا تشهّيًا. ولا تنزع موردًا ثبت حق صاحبه فيه، ولا تترك المصنَّف في الفئة السوداء بلا تسكين. ووثّق

البطاقة والقرار ومن اتخذه. **والكارثة توسّع هامش الاجتهاد ولا تلغي المساءلة.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

عولجت حالتان تغطيان قضايا الفصل على الأركان الأربعة، وأُلحق بها مبحثٌ يجمع مواقف متكررة بأجوبة مختصرة؛ وكلها نماذج تعليمية مركبة لا سجلات مرضى محددين.

الحالة الأولى: فرز جماعي بعد زلزال -ثمانية مصابين وثلاثة أسرّة

| **السيناريو.** بعد زلزال وصل إلى نقطة طبية متقدمة ثمانية مصابين دفعةً واحدة، ولا يتوفر فيها إلا ثلاثة أسرّة علاج، والكوادر قليلة، والإمداد متوقَّع بعد ساعات. بين المصابين طفل ينزف، ومسنّ بإصابة رأس شديدة وعلامات حيوية متدهورة، وشاب يصرخ من كسر في الساق، ومرافقون يضغطون لتقديم ذويهم، وأحدهم ذو مكانة في البلدة.

| **الركن الطبي.** أول ما يُطلب التقييم لا العلاج؛ فيُعيَّن أكثر الحاضرين خبرة مسؤولًا عن الفرز ولا ينشغل بعلاج فرد، وتُستعمل بطاقات موحدة تُثبَّت على المصاب، ويُعاد الفرز دوريًّا لأنه ديناميكي. [1، 2] وتُستنفد وسائل توسيع الطاقة -استدعاء الكوادر وطلب الإمداد وترتيب النقل -قبل تغيير قاعدة العمل. [3] والأعلى صوتًا ليس الأخطر؛ فالمسنّ الصامت المتدهور قد يكون أشد حاجة، والطفل النازف أرجى انتفاعًا بتدخل بسيط.

| **الركن الأخلاقي.** الأنفس متساوية في القيمة، فلا يُقدَّم أحد إلا بمرجّح طبي معلن؛ وتُستبعد المكانة والقرابة وضغط المرافقين. ومن صُنِّف في الفئة السوداء لا يُترك: تسكين ورعاية مريحة ووجود إنساني، ويُعاد فرزه عند وصول الإمداد. ويُبلَّغ الأهالي برسالة موحدة صادقة من متحدث واحد.

| **الركن الفقهي.** الفرز تطبيق لقاعدتي «يُرتكب أخف الضررين» و«يُقدَّم الأهم فالمهم»، وترك المصنَّف أسودَ بلا تسكين مخالف لقاعدة «الميسور لا يسقط بالمعسور». [9، 15] ويُعتمد الترتيب الموحد للمرجّحات: شدة الحاجة والاستعجال، ثم رجاء الانتفاع، وعند التساوي السبق ثم القرعة. وتُعتبر كثرة المنتفعين هنا خاصةً لأن الفرز جماعي: فإذا كان إنقاذ المسنّ يستهلك سريرًا وكادرًا يكفيان لإنقاذ ثلاثة أُجِّل -وهو الفرز العكسي -على ما قررته توصية الندوة الطبية الفقهية من الرجوع إلى رأي الطبيب ثم القرعة عند التساوي. [4] أما فتوى المجلس الأوروبي (30/18) فتفترض تعذر الاختيار بين مريضين، فتقدّم الأسبق فالأعجل فالأرجى، ولا تُنقل إلى المفاضلة الجماعية. [7]

| **الركن النظامي.** تُفعَّل خطة الطوارئ، ويُبلَّغ الدفاع المدني بوصفه الجهة العليا لإدارة الكارثة [11]، ويُنسَّق الإخلاء مع الهلال الأحمر [16]، وتوجب المادة الثامنة من نظام مزاولة المهن الصحية تقديم «المساعدة الممكنة» بقيدها. [13] وتُوثَّق البطاقات والقرارات ومن اتخذها وقت اتخاذها لا من الذاكرة.

القرار المهني الموزون. تُخصَّص الأسرّة الثلاثة للفئة الحمراء الأرجى انتفاعًا، والطفل النازف أولهم؛ ويُؤجَّل الشاب ذو الكسر مع تسكين وتثبيت؛ ويُقدَّم للمسنّ المتدهور تسكين ورعاية مريحة مع إعادة فرزه فور وصول الإمداد، لا لأن حياته أقل قيمة بل لئلا يُستهلك المورد دون إنقاذ أحد. ويُرفض طلب المرافقين والوجيه صراحةً ويُحال إلى المعايير المعلنة. ويُراجع التصنيف كل فترة قصيرة وعند كل تغير في الحالة أو الموارد.

الحالة الثانية: مخيم طبي تطوعي خارج البلاد

| **السيناريو.** فريق تطوعي في مخيم طبي خارج البلاد مدته خمسة أيام. يقترح بعض الجراحين عمليات تحتاج متابعة أسابيع، وتطلب الجهة الممولة تصوير المرضى لحملة تبرعات، ويقترح المضيفون أولوية لأهالي القرية المستضيفة على النازحين المجاورين.

| **الركن الطبي.** الاستمرارية ضابط جوهري: لا يُقدَّم إجراء لا تُضمن متابعته، فالمضاعفة بعد مغادرة الفريق بلا متابع أشد ضررًا من عدم الإجراء. وتُبنى الخطة على مسح احتياج لا على تخصصات المتاحين، ويُترك لكل مريض ملخص طبي مكتوب، وفق معايير الفرق الطبية الطارئة. [18]

| **الركن الأخلاقي.** الخدمة على أساس الحاجة وحدها بلا تحيز ولا اشتراط؛ فتفضيل فئة بالاستضافة مخالف لمبدأ عدم التحيز في مدونة سلوك حركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر ومبادئ الأمم المتحدة الإنسانية. [19، 14، 20] والكرامة تمنع التصوير الترويجي دون إذن وما يكشف هوية أو عورة، وتشتد الحرمة في الأطفال. [21، 22]

| **الركن الفقهي.** «إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملًا أن يُتقنه»؛ فإتقان ما التُزم به جزء من التكليف، والتطوع إذا التُزم به تعيّن -فيما أختاره -لدخول الغير في ترتيب بسببه. و«لا ضرر ولا ضرار» تمنع عملية لا متابعة لها، والعدل في التوزيع يمنع المحاباة، وصون الكرامة وأمانة المال يمنعان استغلال صور المرضى.

| **الركن النظامي.** العمل تحت مظلة معتمدة بعد تسجيل الفريق واعتماده وفق نظام العمل التطوعي [12]، وبالتنسيق مع سلطات البلد المضيف والترخيص فيه [20]، ويحكم صور المرضى وبياناتهم نظام حماية البيانات الشخصية. [21]

القرار المهني الموزون. تُحصر الإجراءات فيما يكتمل خلال وجود الفريق أو ما رُتبت متابعته كتابةً مع جهة محلية، مع ملخص طبي مكتوب لكل مريض. ويُرفض تفضيل أهل القرية، ويُخصَّص الدور بالحاجة. ويُمنع التصوير الترويجي إلا بإذن صريح موثق لا يكشف الهوية ولا العورة، ويُرفض مطلقًا في الأطفال. ويُجعل نقل المعرفة إلى الكوادر المحلية هدفًا لا نشاطًا هامشيًّا. واستُبعد إجراء العمليات بتعليمات شفهية أو إبراء موقّع لأن الخطر لا يُدفع بالتوقيع. وتُراجع الخطة يوميًّا بحسب ما تكشفه العيادات من احتياج.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف تتكرر في الميدان وفي المنشأة أثناء الأزمات، وجوابها ينبني على ما تقرر في أركان هذا الفصل؛ ويذكر لكل موقف جوابه الحاسم وضابطه.

طلبُ تقديم مريض بالنفوذ عند التساوي التام. يتدخل مسؤول لتقديم أحد مريضين متساويين. الجواب: يعاد التحقق من التساوي الفعلي أولًا، فإن ثبت صير إلى السبق في الوصول، فإن تساويا فالقرعة العلنية الموثقة -«الحقوق إذا تساوت وعُدم الترجيح صرنا إلى القرعة» [9] [15]؛ ويرفض التدخل ويبلَّغ عنه نظامًا. والضابط: النفوذ ليس مرجّحًا بحال، وقبوله يهدم الثقة بالنظام كله [5].

ممرضة حامل تُستدعى إلى وحدة وباء شديد العدوى. الجواب: يقدر الخطر تقديرًا محددًا بحسب العامل الممرض وفعالية الوقاية المتاحة، فتعفى من المخالطة المباشرة عند الخطر المعتبر، وتسند إليها مهام بديلة تستفيد من كفاءتها: الإشراف والتدريب والفرز والتنسيق، ويعالج نقص الكوادر بخطة تدوير لا بتحميل الأضعف [17]. والضابط: الحمل من أوضح حدود واجب الاستجابة؛ فالخطر يقع على نفس محترمة لم تختر المهنة، و«الضرر لا يزال بمثله». وأحكام العدوى وحماية الفريق في فصل «الأمراض المعدية والأوبئة».

طلبٌ عسكري بتقديم المقاتلين واستعمال سيارة الإسعاف. الجواب: يرفض الطلبان معًا رفضًا قاطعًا؛ فترتيب العلاج يبنى على «الأسباب الطبية العاجلة وحدها» بنص المادة الثانية عشرة من اتفاقية جنيف الأولى [10]، والجريح يعالج لأنه جريح؛ ونقلُ ذخيرة في سيارة الإسعاف ولو مرة واحدة يهدم الحماية التي تقوم عليها الشارة كلها. والضابط: الحياد شرط بقاء الخدمة لا موقف سياسي، ويميز التنسيق الضروري من التواطؤ، وتبلَّغ الجهة المنظمة ويوثق عبر القناة الآمنة [23] [19] [24].

توثيقُ إصابات يُشتبه أنها ناتجة عن تعذيب. الجواب: الأولوية للعلاج والتسكين، ثم توثيق مهني يصف ما يُرى وصفًا موضوعيًا دون استنتاج جازم، يحفظ في ملف أدلة محمي بسلسلة حيازة ويحال إلى القناة المختصة عند الإمكان، دون نشر إعلامي ولا تسليم لطرف قد يضر بالمريض [21]. والضابط: سلامة المريض مقدمة، وأداء الشهادة يقدر بالمصلحة والمآل؛ فإن ترتب عليه هلاك المشهود له انتقل الواجب إلى حفظها [البقرة: 283]، وتحمي المادة السادسة عشرة من البروتوكول الإضافي الأول الطبيبَ من الإكراه [25].

تعطُّلُ السجل الإلكتروني وتعدد بطاقات المريض. الجواب: يفعَّل فورًا البديل الورقي المعد مسبقًا، ويعتمد رقم مؤقت واحد لكل مصاب لا يعاد إصداره، وتراجع الحالات المكررة وتصحح السجلات، ويصارح المتأثرون بما جرى وما اتخذ 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 [13] [21].

فريقٌ تطوعي فردي يصل إلى منطقة منكوبة. أطباء بمبادرة شخصية بلا جهة ولا تسجيل، بأدوية

قاربت انتهاء الصلاحية، يجرون عمليات ثم يغادرون بعد ثلاثة أيام. الجواب: ممنوع؛ فممارسة العمل التطوعي عن طريق فريق تكون بعد تسجيله واعتماده لدى الجهة المستفيدة [12]، ومع الترخيص في البلد المضيف [20] والعمل تحت مظلة معتمدة [16]. والضابط: الفريق غير المكتفي ذاتيًا يستهلك موارد المنكوبين فيصير العون عبئًا [18]، والنية الحسنة لا تجبر خلل الصنعة؛ ويوجَّه من تعذر عليه السفر إلى التجهيز والدعم والتدريب والتمويل [26].

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. صُنِّف مصاب في الفئة السوداء لضآلة فرصته بالموارد المتاحة. ما الواجب تجاهه؟

أ) يُترك جانبًا لتوفير الجهد لمن يُرجى نفعه

ب) يُنقل إلى مكان بعيد عن أنظار بقية المصابين

ج) يُقدَّم له التسكين والرعاية المريحة والوجود الإنساني، ويُعاد فرزه عند وصول الإمدادات

د) يُعلن وفاته لتسريع تدفق العمل

2. بدأ مريض ينتفع بجرعة ترياق نادرة، ثم وصل مريض آخر يرجح أن ينتفع بها أكثر. ما الحكم ما دام الترياق ما زال مستطبًا ونافعًا للأول؟

أ) يجوز دائمًا لأن تعظيم المنفعة هو قاعدة الكارثة

ب) يجوز إذا وافق أهل المريض الأول ولو كان المريض قادرًا

ج) يجوز بقرار طبيب واحد إذا ضاق الوقت

د) لا يجوز نزعه لمجرد وصول الأرجى ما دام نافعًا ومستطبًا للأول؛ ويختلف الحكم إذا ثبت زوال استطبابه بقرار مستقل

3. وصل فريقك إلى موقع انهيار لم تصرّح فرق الإنقاذ بتأمينه، مع اشتباه بتسرب كيميائي وبلا معدات وقاية. ما التصرف الصحيح؟

أ) يُدخل الموقع فورًا لأن التأخير يكلف أرواحًا

ب) يُمتنع عن الدخول ويُبذل الميسور من موقع آمن كنقطة فرز واستقبال بعد التطهير، ويُوثَّق طلب المعدات وسبب الامتناع

ج) يدخل أكثر أعضاء الفريق خبرة وحده دون معدات

د) يُنقل المصابون كما هم إلى المستشفى بلا تطهير

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) د • 3) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1]World Medical Association. Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters. Ferney-Voltaire: WMA.

[2]Kravitz A, ed. Oxford Handbook of Humanitarian Medicine. Oxford University Press; 2019.

[3]Institute of Medicine. (2012). Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response. Washington, DC: National Academies Press.

[4] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. الندوة الطبية الفقهية الثانية بشأن كوفيد-19، المنعقدة في 23 شعبان 1441هـ الموافق 16 أبريل 2020م، والمنشورة في 20 أبريل 2020م (البند 18 في تخصيص أجهزة التنفس والقرعة عند التساوي).

[5] اللجنة الدائمة للفتوى بمجمع فقهاء الشريعة بأمريكا. قرار بتاريخ 4 أبريل 2020م بشأن ندرة الموارد ومعايير الترجيح.

[6]Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. New England Journal of Medicine. 2020;382(21):2049–2055.

[7] المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث. الفتوى رقم (30/18)، الدورة الطارئة 25–28 مارس 2020م، بشأن تزاحم المرضى على أجهزة التنفس.

[8]World Medical Association. Declaration of Montevideo on Disaster Preparedness and Medical Response. Ferney-Voltaire: WMA.

[9] السيوطي، جلال الدين. الأشباه والنظائر. بيروت: دار الكتب العلمية.

[10] اتفاقيات جنيف الأربع لسنة 1949م.

[11] المملكة العربية السعودية. نظام الدفاع المدني، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/10) وتاريخ 1406/5/10هـ الموافق 20 يناير 1986م، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (25) وتاريخ 1406/1/23هـ، المنشور في أم القرى العدد (3099) وتاريخ 1406/5/28هـ.

[12] المملكة العربية السعودية. نظام العمل التطوعي، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/70) وتاريخ 1441/5/27هـ الموافق 23 يناير 2020م، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (356) وتاريخ 1441/5/26هـ، والمعدَّل بقرار مجلس الوزراء رقم (477) وتاريخ 1444/7/9هـ، ولائحته التنظيمية.

[13] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، ولائحته التنفيذية.

[14]Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and NGOs in Disaster Relief.(1994)

[15] ابن نجيم، زين الدين. الأشباه والنظائر. بيروت: دار الكتب العلمية.

[16] المملكة العربية السعودية. تنظيم هيئة الهلال الأحمر السعودي، الصادر بقرار مجلس الوزراء رقم (213) وتاريخ 1432/7/11هـ الموافق 13 يونيو 2011م.

[17] المملكة العربية السعودية. نظام العمل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/51) وتاريخ 1426/8/23هـ وتعديلاته.

[18]World Health Organization. Classification and Minimum Standards for Emergency Medical Teams. Geneva: WHO.

[19]United Nations General Assembly. Resolution 182/46of 19December 1991: Strengthening of the Coordination of Humanitarian Emergency Assistance of the United Nations.

[20] المطرفي، عبدالله بن نفيع. الدليل الاسترشادي للمخيمات الطبية: الخطوات الإجرائية لإقامة المخيمات الطبية.

[21] المملكة العربية السعودية. نظام حماية البيانات الشخصية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 1443/2/9هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 1444/9/5هـ.

[22] اليونيسف. تقرير العمل الإنساني (Humanitarian Action Report)2005م. نيويورك: اليونيسف.

[23] المملكة العربية السعودية. نظام استخدام وحماية شارة واسم الهلال الأحمر وما في حكمهما، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/7) وتاريخ 1445/1/6هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (904) وتاريخ 1444/12/30هـ.

[24]United Nations Security Council. Resolution 2286(2016), adopted unanimously at its 7685th meeting on 3May 2016, on the protection of the wounded and sick, medical personnel and humanitarian personnel in armed conflict.

[25] البروتوكولان الإضافيان الملحقان باتفاقيات جنيف لسنة 1977م.

[26] الغامدي، محمد سعيد. ماذا يمكن أن يقدم الأطباء والعاملون الصحيون لإغاثة إخوانهم المنكوبين (ورقة عمل).

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

الأمراض المعدية والأوبئة

Chapter 35 -Infectious Diseases and Epidemics

ما جاز لعذر بطل بزواله.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

في أكثر فصول الكتاب يكون المريض هو صاحب المصلحة الوحيد. أمّا هنا فيتغير الأمر: **الأمراض المعدية من مسائل الضرر المتعدي**؛ فالمصاب قد يصبح -بحسب المرض وطريقة انتقاله -مصدر خطر يتجاوزه إلى أسرته ومخالطيه والمجتمع.

ولذلك لا تكفي استقلالية المريض وخصوصيته وحدهما؛ بل تلزمك موازنة بين حق الفرد وحق الجماعة: بين السرية وواجب التبليغ، وبين حرية الحركة ومقتضيات العزل، وبين واجبك في الرعاية وحقك في السلامة، وبين المساواة في الكرامة والعدالة عند ندرة الموارد.

القاعدة المنهجية الجامعة: لا يُبنى الحكم في الأمراض المعدية على **اسم المرض**، بل على **مناطه الطبي**: طريقة انتقاله، ودرجة خطورته، وسرعة انتشاره، وإمكان الوقاية منه.

المفاهيم الأساسية

المرض المعدي لا يكتسب صفة العدوى بخطورته على صاحبه بل **بقدرته على الانتقال**. ولا يلزم منها انتقال المرض حتمًا لكل مخالط؛ فالانتقال يتأثر بكمية العامل ومدة المخالطة والمناعة والوقاية. ولذلك احفظ طرفي الخطأ: **مجرد الخوف العام لا يكفي لتقييد الحقوق، ومجرد غياب الأعراض لا يكفي لنفي الخطر.**

وفرّق بين **فترة الحضانة** (بين التعرض والأعراض) و**فترة العدوى** (زمن القدرة على النقل)؛ وقد تتداخلان فيقع الانتقال ممن لا أعراض عليه -**فلا تساوِ خفة الأعراض بغياب الخطر**.[1]

ويُقدَّر الخطر المعدي بثلاثة عناصر مجتمعة: **شدة العدوى، وخطورة المرض، وسرعة الانتشار**. فكلما اجتمعت قويت مشروعية التدخل، وكلما ضعف أحدها وجب

أن يكون التدخل بقدر الحاجة.

ومعرفة **طريقة الانتقال** أساس تحديد نوع التدخل: فما ينتقل بالرذاذ قد تكفي فيه الكمامة والتباعد، وما ينتقل بالدم يحتاج احتياطات مغايرة، وما ينتقل بالماء يحتاج تدخلًا بيئيًا عامًا.

القاعدة الحاكمة في كل إجراء وقائي

كل إجراء وقائي يجب أن يكون مبنيًا على خطر معتبر، وبالوسيلة الأخف الكافية، ولمدة لا تتجاوز بقاء سببه.[1]

ويُقيَّد تقييدُ حقوق المصاب بثلاثة ضوابط: **ثبوت الخطر أو غلبته** فلا يُقيَّد حق لخوف وهمي؛ **والتناسب**؛ **والمؤقتية** فما جاز لعذر بطل بزواله. **وهو حماية لغيره لا عقوبة له.**[1]

الإجراءات الوقائية الست

• **الفحص:** مشروع عند أعراض أو مخالطة معتبرة، والأصل أن يسبقه التبصير؛ ويسوغ للسلطة المختصة الإلزام به -بحسب قرار المجمع رقم 67 الآتي -إذا أدى الامتناع إلى خطر متعدٍّ لا يُدفع بأخف.

• **العزل:** فصل المصاب أو المشتبه به مدة محددة إذا قرر أهل الاختصاص أنه في طور ناقل -**وهو إجراء وقائي لا عقوبة**: يُنفَّذ بحفظ الكرامة والرعاية والتواصل الآمن.[2]

• **الحجر:** تقييد حركة المخالط خلال الحضانة **ولو لم تثبت الإصابة**، بالضوابط نفسها.

• **التطعيم:** الأصل تقديمه بالتوعية وإزالة عوائق الوصول؛ **والوصول والتواصل يسبقان الإكراه**. وفرّق بين الإلزام العام واشتراط التحصين لنشاط عالي الخطر؛ والثاني أخف لكنه يظل قيدًا يحتاج مبررًا معلنًا واستثناءات طبية.[3]

• **التبليغ:** واجب مهني ونظامي في الأمراض المقررة **وليس تشهيرًا**.

• **الإفصاح للمخالطين:** استثناء من السرية؛ يبدأ بالإفصاح الذاتي، فإن أصر المريض على الكتمان اتُّبع المسار النظامي **للإفصاح المحدود بالقدر اللازم**.

الكرامة والسرية والاستقلالية

الكرامة أصل لا يسقط بالإصابة. وانتبه إلى فائدة عملية: بعض الأمراض يرتبط بالوصم الذي يدفع المرضى إلى إخفاء المرض والهروب من الفحص -**فاحترام الكرامة**

وسيلة عملية لحماية الصحة العامة، لا مجاملة.[4]

والسرية أصل (وتفصيلها في الفصل السابع)، لكنها ليست مطلقة إذا تعارضت مع حق آخرين في الحماية من عدوى معتبرة؛ فيُفتح باب **الإفصاح المحدود المنضبط -لا التشهير** -بشروطه: خطر معتبر على شخص محدد؛ وتعذّر دفعه بوسيلة أخف؛ ومحاولة الإفصاح الذاتي أولًا؛ وحصره فيمن يلزمه العلم؛ وقناة نظامية؛ وتوثيق السبب. **وقيّم قبل ذلك خطر العنف الأسري على المريض، وضع له خطة أمان.**

وأمّا الاستقلالية فتُحترم بعد التبصير، وتتقيد حين يؤدي قرار المريض إلى إضرار بالغير: **فرفضه علاجًا لا يؤثر إلا في نفسه غيرُ رفضه العزل مع احتمال معتبر لنقل العدوى**. وتُدار حدودها بالتدرج: التثقيف، فالحوار، فالبدائل الأقل تقييدًا، فالجهة المختصة، ثم الإلزام عند خطر متعدٍّ وتعذر البدائل. **فالاستقلالية لا تتحول إلى حق في الإضرار بالآخرين.**[5]

حمايتك أنت: المعاملة بالمثل

عليك رعاية المريض المعدي **دون تمييز أو تخلٍّ ما دامت الوقاية المعقولة متاحة**؛ فخطر العدوى يُدار بالفرز والعزل والمعدات **لا بحرمان المريض من الخدمة**.[6]

ويقابله واجب مؤسسي أقوى: معدات وقاية مدرَّب عليها، وتنظيم ساعات العمل، ودعم نفسي، وتعويض الإصابة. **ولا يجوز تحميل الفرد خللًا مؤسسيًا**؛ فعند وقوع عدوى مكتسبة لا يبدأ التحقيق بسؤال «من أخطأ؟» بل بـ«أين فشلت الحواجز؟».

والقرارات الكبرى -كسر السرية، والإلزام بالعزل، وتوزيع الموارد -**لا تُترك لاجتهاد الطبيب الفرد**. ويحكم التنفيذ مبدأ **الحزم اللطيف**: إجراءات ملزمة عند الحاجة، تُنفَّذ بلغة رحيمة وتقليل للقيود.

الأساس الشرعي

مدار الباب على **حفظ النفس** من جانبيه: بالعلاج والتطعيم، وبمنع العدوى والعزل عند الضرورة. **فترك العدوى تنتقل مع القدرة على منعها تفريط في حفظ النفس، والإجراءات المفرطة التي تهدر الكرامة بلا حاجة تناقض مقاصد الشريعة.**

وأهم مسألة تحتاج تحريرها **الجمع بين النصوص**: فقد صح قوله صلى الله عليه وسلم: «لا عَدْوَى ولا طِيَرَةَ... وفِرَّ من المَجْذُومِ كما تَفِرُّ من الأَسَدِ»، وقوله: «لا يُورِدَنَّ مُمْرِضٌ على مُصِحٍّ»، وقوله في الطاعون: «إذا سَمِعْتُمْ بالطَّاعُونِ بأَرْضٍ فلا تَدْخُلُوها، وإذا وقَعَ

بأرْضٍ وأنتُمْ بها فلا تَخْرُجُوا منها».[7]

والجمع الذي عليه جمهور شراح الحديث أن المنفي هو اعتقاد الجاهلية في تأثير العدوى **بذاتها استقلالًا** عن قدر الله، والمثبت أن العدوى **سبب** جعله الله مؤثرًا بإذنه. وذهب بعض العلماء إلى أن النهي عن المخالطة من باب سد الذريعة لئلا يعتقد المخالط العدوى بذاتها؛ والمآل العملي واحد: تجنب المخالطة. **فالالتزام بالعزل والوقاية والتطعيم من الأخذ بالأسباب المشروعة لا من ضعف التوكل**. فالتوكل اعتماد القلب على الله **مع** فعل السبب، أمّا التواكل فترك السبب مع القدرة ثم الاحتجاج بالقدر -وهو هنا إضرار بالغير لا زهد مشروع.

وتنضبط النوازل بقواعد. **«لا ضرر ولا ضرار»**: تمنع إصرار المصاب على المخالطة مع علمه بالخطر، وتمنع كذلك دفعَ الضرر بإجراء أشد لا حاجة إليه. و**«الضرر يزال ولا يزال بمثله»**: فلا يُعرَّض الفريق لخطر جسيم بلا وقاية. و**«يُتحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام»**. و**«ما جاز لعذر بطل بزواله»**: فإجراءات الأوبئة مؤقتة **لا تتحول إلى قيود دائمة**.

وقرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم 67 (5/7)** أن التداوي «يكون واجبًا على الشخص إذا كان تركه يفضي إلى تلف نفسه أو أحد أعضائه أو عجزه، أو كان المرض ينتقل ضرره إلى غيره، كالأمراض المعدية». وقرر أن للسلطة المختصة فرض العلاج والتدابير في الأمراض المعدية والتحصينات الوقائية.[8]

وصدر عن **هيئة كبار العلماء القرار رقم (246)** بشأن شهود الجمعة والجماعة عند انتشار الوباء، وحاصله: أن من ثبتت إصابته **يحرم عليه** حضور الجمعة والجماعة؛ لقوله صلى الله عليه وسلم: «لا يورد ممرض على مصح». وأن من قررت الجهات المختصة عزله يجب عليه الالتزام ويصلي في مسكنه؛ وأن من خشي أن يتضرر أو يُضر غيره يُرخَّص له في عدم الشهود.[9] ثم صدر **القرار رقم (247)** بجواز إيقاف صلاة الجمعة والجماعة في المساجد مؤقتًا والاكتفاء برفع الأذان مع زيادة «صلوا في بيوتكم».[10]

وقررت **الندوة الطبية الفقهية حول لقاحات كوفيد-19** أن استعمال اللقاحات المتاحة جائز شرعًا، وأنه **يصبح واجبًا إذا ألزم به ولي الأمر**؛ لارتباط قراره برعاية المصلحة العامة وحفظ النفس.[11]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
المادة (8)	تقديم المساعدة الممكنة
المادة (9)	استهداف مصلحة المريض
المادة (11)	التبليغ عن الاشتباه بمرض معدٍ
المادة (21)	السر واستثناء المرض المعدي
نظام الوقاية من الإيدز	حقوق المصاب وواجباته[12]
نظام حماية البيانات	البيانات الصحية حساسة
المراقبة الصحية في المنافذ	الحجر والعزل عند الدخول
اللوائح الصحية الدولية	الترصد والإخطار[13]

والمادة الحادية عشرة تُلزمك -عند معاينة من يُشتبه بإصابته بمرض معدٍ -أن «تبلغ الجهات الأمنية والصحية المختصة»؛ وتفصّلها قائمة الأمراض واجبة التبليغ: **ما يُبلَّغ فورًا وما يُبلَّغ خلال 72 ساعة ومن المسؤول عن البلاغ** -فلا تعتمد على ذاكرتك بل على النسخة المؤسسية المحدثة.[14، 15]

والمادة الحادية والعشرون تجعل «الإبلاغ عن مرض سارٍ أو معدٍ» من استثناءات السر. **ولا يعني الاستثناء جواز نشر التشخيص**؛ فهو يرفع الحظر بقدر القناة والغرض النظاميين. وميّز ثلاث درجات: التبليغ النظامي؛ والإفصاح الوقائي المحدود لشخص مهدد؛ والإفشاء غير المشروع بتداول الاسم بلا حاجة.[14]

ونظام الوقاية من الإيدز أنضج نموذج تشريعي في الجمع بين الوقاية وحماية الحقوق: فالمادة الرابعة تمنع امتناع أي جهة صحية عن رعاية المصاب بسبب إصابته؛ والسادسة عشرة تُلزم بالسرية مع الترميز بدل الأسماء؛ **والسابعة عشرة تنظم حالة الزوجين**: إبلاغ المصاب وتوقيعه على إقرار بإبلاغ الطرف الآخر، ثم استدعاء الجهة الصحية له للفحص؛ والحادية والعشرون تحظر التمييز.[12]

واعرف حدود سلطتك: تشرح الخطر، وتتخذ الاحتياطات، وتفعّل التبليغ، وتطلب العزل وفق السياسة، وتوثّق الرفض؛ **لكنك لا تنفرد بعزل قهري طويل، ولا بكشف واسع للبيانات، ولا بعقوبة وظيفية.**

المسؤولية عن نقل العدوى

لا تقوم المسؤولية على مجرد الإصابة. والصور خمس: **النقل العمدي**؛ ثم **النقل مع اللامبالاة الجسيمة** كمن يعلم أنه في طور معدٍ فيخالف العزل؛ ثم **النقل بالإهمال**؛

ثم **بالخطأ**؛ ثم **الانتقال رغم بذل العناية** ولا مسؤولية فيه بالظن المجرد. ولا تثبت إلا بعناصرها: مخالفة واجب معتبر، وعلم بالخطر، وقدرة على التحرز، وضرر ثابت، وسببية راجحة -**وهي أصعبها**. **وعلى التكييف الراجح عند المعاصرين -أن التزامك بذل عناية لا تحقيق نتيجة -لست ضامنًا لعدم انتقال العدوى مطلقًا، لكنك ملتزم ببذل العناية وفق المعايير.**

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
الجمع بين «لا عدوى» و«لا يورد ممرض على مصح» و«فرّ من المجذوم»: العدوى سبب مؤثر بإذن الله، والأخذ بالوقاية من الأسباب المشروعة	قول راجح	جمهور شراح الحديث، وخالف بعضهم في التخريج لا في المآل [7]
«لا ضرر ولا ضرار»، و«الضرر يزال ولا يزال بمثله»، و«يُتحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام»، و«ما جاز لعذر بطل بزواله»	قاعدة كلية متفق عليها	القواعد الفقهية الكلية
وجوب التداوي إذا كان المرض ينتقل ضرره إلى الغير، وحق السلطة في فرض العلاج والتدابير والتحصينات	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 67 (5/7) [8]
تحريم حضور الجمعة والجماعة على من ثبتت إصابته، ووجوب الالتزام بالعزل المقرر، والترخيص لمن خشي الضرر	قرار هيئة كبار العلماء	هيئة كبار العلماء، قرار (246) [9]
جواز إيقاف الجمعة والجماعة في المساجد مؤقتًا عند الوباء	قرار هيئة كبار العلماء	هيئة كبار العلماء، قرار (247) [10]
جواز لقاحات كوفيد-19، ووجوبها إذا ألزم بها ولي الأمر	توصية ندوة	الندوة الطبية الفقهية حول لقاحات كوفيد-19 [11]
شروط الإفصاح المحدود للمخالطين، وتقييد استقلالية المريض عند الإضرار المعتبر بالغير	اجتهاد المؤلف	تنزيل المؤلف لقاعدة «لا ضرر ولا ضرار» ونموذج نظام الإيدز [5]

خلاصة عملية

اسأل عن المناط لا عن الاسم: كيف ينتقل؟ وما شدته؟ وما أخفّ وسيلة تكفي؟ ثم بلّغ عبر القناة النظامية، وأفصح بقدر الحاجة لمن يلزمه العلم، واعزل بكرامة ومدة محددة ومراجعة. **وما قُيّد لعذر يزول بزواله.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالتان الآتيتان نموذجان تعليميان مركبان لا سجلا مرضى محددين؛ حُللتا على الأركان الأربعة، وتنتهي كل منهما بـ**القرار المهني الموزون** وبيان ما يتغير لو تغيرت واقعة حاسمة، ويتبعها مبحث المواقف المتكررة بأجوبتها المختصرة.

الحالة الأولى: مريض مصاب بمرض معدٍ يرفض العزل

| **السيناريو.** ثبتت إصابة مريض بمرض ينتقل بالمخالطة القريبة أو الرذاذ، ورفض العزل محتجًّا بخفة أعراضه وبحاجته إلى عمله، وهو يسكن منزلًا مكتظًّا يضم كبار سن وأطفالًا.

| **الركن الطبي.** العبرة بقدرة المريض على نقل العدوى لا بشدة أعراضه؛ فقد تتداخل فترة العدوى مع خفة الأعراض، ووجوده في منزل مكتظ ينقل المرض إلى فئات أعلى خطرًا. [1] ويُقدَّر الخطر بشدة العدوى وخطورة المرض وسرعة الانتشار مجتمعة، وتُحدَّد مدة العزل بمدة العدوى المقدَّرة لا أكثر.

| **الركن الأخلاقي.** الاستقلالية تُحترم بعد التبصير، لكنها لا تتحول إلى حق في إضرار الغير. [16، 17] ويقابل التقييدَ إحسانٌ: توفير احتياجات المعزول، ودعم أسرته، وتواصل آمن، وحفظ كرامته؛ فالعزل حماية لغيره لا عقوبة له. [2]

| **الركن الفقهي.** «لا يورد ممرض على مصح» أصل في منع المخالطة عند الخطر، والجمع بينه وبين «لا عدوى» أن العدوى سبب مؤثر بإذن الله. [7] ويُتحمل الضرر الخاص الأخف لدفع الضرر العام الأشد، ومخالفة العزل مع العلم بالخطر إثم؛ كما نص قرار هيئة كبار العلماء رقم (246) على وجوب التزام من قررت الجهات المختصة عزله [9]، وفتوى مجلس الإمارات للإفتاء على الالتزام بالحجر الصحي. [18] وقرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره 67 (5/7) أن للسلطة المختصة فرض التدابير في الأمراض المعدية. [8]

| **الركن النظامي.** العزل مشروع بقرار الجهة المختصة مع تحديد المدة والتوثيق، وتوجب المادة الحادية عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية التبليغ عن الاشتباه بمرض معدٍ عبر القناة النظامية [14]، وتحكم التنفيذ الأدلة الوطنية لمكافحة العدوى. [19] ولا ينفرد الطبيب بعزل قهري طويل، بل يوثّق الرفض ويطلب العزل وفق السياسة.

القرار المهني الموزون. يبدأ بالتثقيف وبحث البدائل؛ فلما تعذر العزل المنزلي الآمن رجح العزل

المؤسسي مدة العدوى المقدَّرة، مع معالجة أسباب الرفض بوصفها جزءًا من القرار: إجازة نظامية من غير كشف التشخيص، وربط بالدعم الاجتماعي، وترتيب دعم الأسرة والتواصل الآمن. [2] واستُبعد قبول الرفض لأن الضرر متعدٍّ، والإجبار الفوري بلا حوار لأنه يُفقد الثقة ويدفع إلى الإخفاء. ولو توافرت في المنزل غرفة مستقلة وقدرة على الالتزام لقُدِّم العزل المنزلي بوصفه الوسيلة الأخف الكافية؛ فالمقصود دفع الضرر لا التضييق. ويُراجع القرار بانتهاء طور العدوى بتقدير أهل الاختصاص.

الحالة الثانية: إمام مسجد مصاب يصر على الإمامة أثناء موجة وبائية

| **السيناريو.** ثبتت إصابة إمام مسجد بمرض تنفسي معدٍ، ونُصح بالعزل أيامًا محددة، لكنه يرى أن التوكل يقتضي الاستمرار في الإمامة، وفي جمهوره كبار سن ومرضى.

| **الركن الطبي.** حضوره في طور العدوى في تجمع مغلق متكرر ناقل معتبر للخطر، والكمامة وحدها لا تكفي لإمامة طويلة في مكان مغلق مع فئات عالية الخطورة. وتُحدَّد مدة الامتناع بطور العدوى بتقدير أهل الاختصاص.

| **الركن الأخلاقي.** حرصه على الشعيرة مقصد نبيل، لكنه لا يسوّغ تعريض المصلين لضرر يُدفع بترتيب يسير هو الإنابة. ويُخاطَب بلغة تحترم مقامه ودينه، ويُصان من الوصم عند عودته.

| **الركن الفقهي.** هذه عين الصورة التي حسمها قرار هيئة كبار العلماء رقم (246): من ثبتت إصابته يحرم عليه حضور الجمعة والجماعة لقوله صلى الله عليه وسلم: «لا يورد ممرض على مصح» (البخاري 5771؛ مسلم 2221)، ويصلي في بيته. [7، 20، 9] وفهمه للتوكل تواكل؛ فالنبي صلى الله عليه وسلم أمر بالفرار من أسباب العدوى مع كمال التوكل، والتوكل اعتماد القلب على الله مع فعل السبب. [7] وإذا مُنع آكل الثوم من المسجد لأذى منفر يسير فمنع ناقل العدوى الخطرة أولى. وله أجر عمله الذي حبسه عنه العذر.

| **الركن النظامي.** تعليمات الجهات الصحية بعزل المصاب ملزمة، ومخالفتها أثناء موجة وبائية مخالفة نظامية إلى جانب الإثم [9، 18، 19]، ويُبلَّغ عند الحاجة عبر القناة النظامية من غير تشهير. [14]

القرار المهني الموزون. يُوضَّح له -ويُستعان بمرشد شرعي- أن ترك الإمامة أيام العدوى امتثال لأمر الشرع نفسه، وأن له أجر عمله، فينيب غيره، ويُوثَّق التبصير. واستُبعد الاستمرار بكمامة لأن الخطر في التجمع المغلق قائم، والمنع الدائم لأن القيد يدور مع سببه. فإذا انتهى طور العدوى بتقرير أهل الاختصاص عاد إلى مسجده من غير وصم ولا تشديد زائد؛ فما جاز لعذر بطل بزواله. [9]

مواقف متكررة وجوابها المختصر

المواقف الآتية تتكرر في الممارسة وقد استوفى الفصل أصولها في مواضعها؛ وجمعت هنا بأجوبتها الحاسمة وضوابطها ليسهل الرجوع إليها.

أسرة متنفذة تضغط لتقديم مريضها على مورد نادر. لا يُقدَّم أحد المتزاحمين بالضغط ولا

بالمكانة ولا بالمال، بل بالترتيب المعتمد: شدة الحاجة والاستعجال، فرجاء الانتفاع، بقرار لجنة فرز موثق لا باجتهاد فردي؛ فإن تساويا فالسبق المنضبط ثم القرعة. ولا يُنزع المورد عمن يُعالَج به لصالح مريض جاء بعده -كما نصت فتوى المجلس الأوروبي (30/18) -ومن لم يحصل عليه لا يُترك بلا رعاية بديلة وإعادة تقييم؛ وتفصيل المعايير في فصل توزيع الموارد الصحية الشحيحة.

خاطب يطلب مجاملة في تقرير فحص ما قبل الزواج. يرفض الطبيب رفضًا قاطعًا؛ فالتقرير معدٌّ لإعلام الطرفين ولا يملك أحدهما مصادرته، وكتمان مرض مؤثر يبني الرضا بالعقد على تغرير وقد يثبت به للمتضرر طلب الفسخ. والطريق الصحيح إفصاح ذاتي بمساعدة مهنية: جلسة إرشاد ثم إبلاغ الطرف الآخر وفق مسار البرنامج المعتمد، مع توثيق الطلب والرفض والإرشاد؛ أما المرض اليسير العابر الذي لا أثر له في مقصود النكاح فلا يجب بيانه.

جهة عمل تطلب تشخيص موظف مصاب بمرض معدٍ. لا يسلَّم التشخيص؛ فالحاجة إلى المعلومة لا تعني الحاجة إلى الملف، والقناة النظامية للتبليغ هي الجهة الصحية المختصة لا جهة العمل. ويكتفى بما يلزم لضبط الخطر: إفادة بإجازة أو بمنع مباشرة مهمة محددة مدة معلومة، من غير كشف المرض؛ وما جاوز ذلك إفشاء يرتب مسؤولية تأديبية ونظامية.

مخالط يطالب باسم من نقل إليه العدوى. لا يكشف الاسم؛ فالمقصود حماية المخالط لا التشهير بالمصاب، ويؤدَّى الغرض بإبلاغه بوقوع تعرض معتبر وبما يلزمه من فحص أو وقاية دوائية أو مراقبة أعراض ومدتها. فإن تعذر دفع الخطر إلا بتحديد الهوية اقتصر على من يلزمه العلم وحده وبالقدر اللازم عبر القناة المهنية، مع توثيق السبب والحدود.

منشأة تُبقي إجراءً وبائيًا بعد زوال موجبه. القيد الوبائي استثناء مؤقت يدور مع سببه وجودًا وعدمًا؛ فما جاز لعذر بطل بزواله. فتحدَّد لكل إجراء مدة ومراجعة دورية معلنة، ويرفع متى ضعف الخطر بتقدير أهل الاختصاص، ولا يستبقى بحجة الاحتياط؛ فبقاؤه بعد انتفاء موجبه تضييق بلا مصلحة يقوض الثقة العامة ويصعّب الامتثال في الموجة التالية.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. طلبت إدارة مدرسة إعادة طالب خالط مصابًا بمرض معدٍ وهو في فترة الحضانة، لأنه «لا أعراض عليه»؛ وطلب ولي طالب آخر منعه سنة كاملة بسبب اسم المرض. ما التقدير الصحيح؟

أ) يُعاد فورًا؛ فغياب الأعراض ينفي القدرة على النقل

ب) يُمنع مدة طويلة بناءً على اسم المرض وحده

ج) يُترك القرار لولي الطالب المخالط

د) يُقدَّر الخطر بشدة العدوى وخطورة المرض وسرعة الانتشار وطريقة الانتقال مجتمعة، وقد يقع الانتقال قبل الأعراض؛ فيُتخذ الإجراء الأخف الكافي مدة الحضانة لا أكثر

2. رفض ممرض في جناح زراعة الأعضاء لقاحًا موسميًا اشترطته المنشأة، وقال إنه شأن

شخصي. ما التصرف الصحيح؟

أ) يُفصل من العمل فورًا لمخالفته سياسة المنشأة

ب) يُبدأ بالحوار وتصحيح المعلومات وتقييم أي مانع طبي، فإن لم يثبت مانع وأصرّ طُبقت السياسة بعدم تكليفه بالجناح عالي الخطورة مع التوثيق

ج) يُقبل رفضه لأن التطعيم اختيار شخصي في كل الأحوال

د) يُلزَم باللقاح قسرًا بحضور الأمن

3. سألك زميل من قسم آخر في الممر عن تشخيص مريض معدٍ، وقال: «المرض من الأمراض واجبة التبليغ، فلا سرية فيه». ما الصحيح؟

أ) يُخبر لأن التبليغ الإلزامي يُسقط واجب السر كله عن هذا المريض

ب) لا يُخبر؛ فالاستثناء يرفع الحظر بقدر القناة والغرض النظاميين فقط، وتداول الاسم بلا حاجة إفشاء غير مشروع

ج) يُخبر بشرط ألا يذكر اسم المريض لصاحب العمل

د) يُحال الزميل إلى صاحب العمل ليأخذ المعلومة منه

مفتاح الإجابات

1) د • 2) ب • 3) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] World Health Organization. (2016). Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. World Health Organization.

[2] Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. The Lancet, 395(10227), 912–.920

[3] World Health Organization. (2022). COVID- 19and mandatory vaccination: Ethical considerations (Policy brief, 30May 2022). World Health Organization.

[4] Yuan, K., Huang, X.-L., Yan, W., et al. (2022). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of stigma in infectious diseases, including COVID-19: A call to action. Molecular Psychiatry, 27(1), 19–.33

[5] Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of biomedical ethics (8th ed.). Oxford University Press.

[6] Ruderman, C., Tracy, C. S., Bensimon, C. M., et al. (2006). On pandemics and the duty

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

to care: Whose duty? Who cares? BMC Medical Ethics, 7, E.5

[7] البخاري، محمد بن إسماعيل. (2001). الجامع المسند الصحيح المختصر من أمور رسول الله ﷺ وسننه وأيامه (محمد زهير بن ناصر الناصر، محقق). دار طوق النجاة. (الأحاديث 855، 901، 5707، 5728، 5734، 5771).

[8] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1992). القرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي. قرارات وتوصيات الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذي القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م. منظمة التعاون الإسلامي.

[9] هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية. (1441هـ). القرار رقم (246) وتاريخ 1441/7/16هـ بشأن شهود صلاة الجمعة والجماعة في حال انتشار الوباء أو الخوف من انتشاره. الرئاسة العامة للبحوث العلمية والإفتاء.

[10] هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية. (1441هـ). القرار رقم (247) وتاريخ 1441/7/22هـ بشأن إيقاف صلاة الجمعة والجماعة لجميع الفروض في المساجد مؤقتًا ويستثنى من ذلك الحرمان الشريفان. الرئاسة العامة للبحوث العلمية والإفتاء.

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي (الأمانة العامة). (2021). الندوة الطبية الفقهية حول لقاحات كوفيد-19 وبيان الحكم الشرعي في استعمالها، 2 شعبان 1442هـ / 15 مارس 2021م. منظمة التعاون الإسلامي.

[12] المملكة العربية السعودية. (1439هـ). نظام الوقاية من متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) وحقوق المصابين وواجباتهم، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/41) وتاريخ 1439/4/16هـ، بناء على قرار مجلس الوزراء رقم (190) وتاريخ 1439/4/15هـ.

[13] World Health Organization. (2025). International Health Regulations (2005) -Third edition, incorporating the 2014, 2022and 2024amendments (النص النافذ اعتبارًا من 19 سبتمبر 2025م).

[14] المملكة العربية السعودية. (1426هـ). نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ وتعديلاته. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء.

[15] وزارة الصحة. (2023). قائمة الأحداث والأمراض المعدية واجبة التبليغ، والدليل الوطني الإرشادي لترصد الأمراض المعدية والتبليغ عنها (ط. 2، نوفمبر 2023م). وكالة الصحة العامة، وزارة الصحة.

[16] Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., et al. (2002). Public health ethics: Mapping the terrain. Journal of Law, Medicine & Ethics, 30(2), 170–.178

[17] Upshur, R. (2002). Principles for the justification of public health intervention. Canadian Journal of Public Health, 93(2), 101–.103

[18] مجلس الإمارات للإفتاء الشرعي. (2020). فتوى بشأن الالتزام بالحجر الصحي والتعليمات الطبية للوقاية من فيروس كورونا (23 فبراير 2020م). مجلس الإمارات للإفتاء الشرعي.

[19] وزارة الصحة. (د.ت.). الأدلة والسياسات الوطنية لمكافحة العدوى والتبليغ عن الأمراض المعدية، ونظام «حصن» الإلكتروني للترصد الوبائي. وزارة الصحة.

[20] مسلم بن الحجاج النيسابوري. (د.ت.). المسند الصحيح المختصر (محمد فؤاد عبد الباقي، محقق). دار إحياء التراث العربي. (الأحاديث 564، 699، 2218، 2221).

أخلاقيات الصحة العامة والوقاية

Chapter 36 -Public Health and Prevention Ethics

الصالح العام لا يبرر كل وسيلة؛ بل يبرر وسيلة فعالة وضرورية ومتناسبة، تحمي ولا تُذل.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

في العيادة يقف أمامك مريض واحد، فتسأل: ما الأنفع له؟ أما في الصحة العامة فالسؤال أوسع: كيف نحمي صحة السكان ونمنع المرض قبل وقوعه ونوزع فرص الوقاية بعدل، من غير أن تتحول حماية المجتمع إلى ذريعة لإهدار حرية الفرد أو خصوصيته أو كرامته؟

وستواجه هذا السؤال من أول سنة تدريب: طفل غير محصن في أثناء تفشٍّ، ومريض يجب التبليغ عنه، ومخالط يرفض الحجر لأنه سيفقد أجره، وحملة توعية تريد صورًا صادمة، ومدخن في ممر المستشفى. وفي كل موقف منها لا يكفي حسن القصد. **أقوى تدخل وقائي ليس دائمًا أشد التدخلات.** القرار الأخلاقي هو الإجراء الفعّال **الأقل تقييدًا**، المطبق بعدل وشفافية، المصحوب بالدعم، المحدد بمدة ومراجعة.[1]

المفاهيم الأساسية

الوقاية ليست درجة واحدة. خمسة مستويات، ولكل منها سؤال أخلاقي ملازم:

• **جذرية:** منع نشوء الظروف المنتجة للخطر -مدينة قابلة للمشي، ضبط تسويق التبغ. السؤال: هل نغير البيئة أم نلوم الفرد؟

• **أولية:** منع حدوث المرض -اللقاح، الإقلاع، النشاط البدني. السؤال: هل الإجراء متاح للجميع أم لمن يقدر عليه؟

• **ثانوية:** الاكتشاف المبكر -الفحص المسحي والترصد. السؤال: هل المنفعة تفوق التشخيص الزائد والقلق والوصم؟

• **ثالثية:** تقليل المضاعفات -ضبط السكري، إعادة التأهيل. السؤال: هل تتوافر المتابعة لمن اكتشفنا مرضه؟

• **رباعية:** منع الإفراط الطبي -تجنب فحص أو دواء وقائي بلا دليل. السؤال: هل تحولت الوقاية إلى صناعة للقلق؟

وقد رسخ **ميثاق أوتاوا عام 1986** أن تعزيز الصحة أوسع من النصيحة؛ فهو تمكين الناس من السيطرة على محددات صحتهم.[2] فلا تُختزل مكافحة السمنة في ملصق «كل أقل» بينما يبقى الغذاء غير الصحي أرخص والحي بلا ممشى.

والترصد جمع منهجي مستمر للبيانات الصحية لاتخاذ إجراء. ليس بحثًا علميًا (غايته معرفة قابلة للتعميم)، وليس مراقبة أمنية أو تجارية. وتسمية مشروع «ترصدًا» لا تعفيه من الحوكمة.[3]

وفرّق بين ثلاثة إجراءات يكثر الخلط بينها: العزل يقع على **المصاب** أو من تُرجَّح إصابته لقطع الانتقال؛ والحجر الصحي يقع على **المخالط** الذي لا تظهر عليه أعراض لمراقبة ظهور المرض. والتباعد يخفض فرص الانتقال دون فصل كامل، والإغلاق المؤسسي آخر الوسائل.[4]

قاعدة تحفظها: العزل والحجر **إجراءان وقائيان لا عقوبتان**. فلا يكفي إصدار الأمر؛ بل يلزم مكان آمن وغذاء ودواء واتصال ودعم نفسي وحماية للدخل وطريق للاعتراض. من يُطلب منه تحمل العزل لمصلحة الجميع يستحق **المعاملة بالمثل**: حماية ودعم مقابل الامتثال.[4، 5]

القاعدة الحاكمة: سلم التدخل

عرض **مجلس نافيلد** سلمًا يرتب السياسات بحسب تدخلها في الاختيار: لا فعل سوى المراقبة، ثم تقديم المعلومات، ثم تمكين الاختيار الصحي، ثم التوجيه بالوضع الافتراضي أو الحوافز، ثم تثبيط الخيار الضار بالضريبة، ثم تقييد الاختيار، ثم الإلزام.[6]

ولا يعني السلم انتظار فشل كل درجة؛ ففي خطر وشيك جسيم قد يلزم العزل فورًا. لكنه يفرض عليك سؤالًا واحدًا: **لماذا لا تكفي درجة أخف؟**

وقبل أي إجراء مقيد للحرية أجب عن خمسة أسئلة: **الشرعية** (غرض صحي مشروع وجهة مختصة)، و**الملاءمة** (دليل معقول على الإسهام في الغرض)، و**الضرورة** (لا بديل أخف يحقق منفعة مقاربة)، و**التناسب الضيق** (المنفعة تفوق مجموع الأضرار والقيود)، و**الضمانات** (تحديد ومراجعة وتظلم ودعم).[1]

مثال يوضح الفرق: كشف اسم المصاب أسرع إداريًا، لكنه غير متناسب إذا أمكن إخطار المخالط بلا تسمية. ومنع المصاب من العمل مشروع، لكن بلا أجر يدفعه إلى الإخفاء فينقض الغرض الصحي نفسه.

ماذا يقول الدليل؟

• قدّرت دراسة قادتها منظمة الصحة العالمية ونُشرت في The Lancet عام 2024 أن برامج التحصين ضد **أربعة عشر مرضًا** أنقذت منذ **1974** ما لا يقل عن **154 مليون حياة**، منها نحو **101 مليون رضيع**. وكان لقاح الحصبة أكبر مساهم منفرد.[7] لكن هذا لا يجعل كل لقاح واجبًا على كل شخص في كل ظرف.

• ولا يصح تعميم عبارة «اللقاح يمنع العدوى» على كل لقاح؛ فبعضها يمنع المرض الشديد أكثر مما يمنع الانتقال، وتتغير الفعالية مع السلالة والعمر والزمن.

• **التردد في اللقاح ليس موقفًا واحدًا:** قد يكون خوفًا، أو عائق نقل وموعد، أو ضعف ثقة، أو شائعة. فابدأ بالتشخيص: معالجة حاجز الوصول ليست محاضرة، ومعالجة الخوف ليست السخرية.

• التبغ يقتل أكثر من **سبعة ملايين** إنسان سنويًا، منهم أكثر من **1.6 مليون غير مدخن** بسبب التعرض للدخان، ولا مستوى آمنًا للتعرض.[8]

• السمنة **مرض مزمن ناكس** لا عيب أخلاقي: في **2022** كان واحد من كل ثمانية أشخاص في العالم مصابًا بها، و**2.5 مليار** بالغ زائد الوزن، منهم **890 مليونًا** مصابون بالسمنة.[9]

• الفجوة في متوسط العمر بين الدول قد تصل إلى **33 عامًا**، والصحة تتبع تدرجًا اجتماعيًا.[10]

الأساس الشرعي

حفظ النفس من الضرورات الخمس، ويشمل منع أسباب الهلاك ورفع الضرر العام: ﴿ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة﴾، ﴿وتعاونوا على البر والتقوى﴾. وفي الحجر أصل نبوي جامع: «إذا سمعتم به بأرض فلا تقدموا عليه، وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا فرارًا منه» رواه البخاري (5728) ومسلم (2218) -فهو يمنع إدخال الخطر وتصديره معًا. وقال ﷺ: «لا يورد ممرض على مصح» رواه البخاري (5771) ومسلم (2221).

وقرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم 67 (5/7)** أن التداوي يكون واجبًا

إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو عضو، أو كان المرض ينتقل ضرره إلى غيره. ونص على أن «لولي الأمر الإلزام بالتداوي في بعض الأحوال، كالأمراض المعدية والتحصينات الوقائية».[11] والذي أفهمه من عبارة «**في بعض الأحوال**» أنها تربط الحكم بتحقق المناط -خطر معتبر، وفعالية وأمان، واختصاص الجهة، وتناسب -وأنها ليست تفويضًا مطلقًا.[11]

والقواعد الحاكمة: «لا ضرر ولا ضرار»، و«الضرر يزال» بقدر الخطر، و«الضرر الأشد يزال بالأخف»، و«يتحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام» -مع تعويض ومؤقتية وعدم تمييز، و«العبرة بالمآلات» فتقدّر أثر الوصم في دفع الناس إلى إخفاء المرض.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
النظام الصحي (م/11) في 1423/3/23هـ	مسؤولية الدولة عن الوقاية والتوعية
تنظيم هيئة الصحة العامة، قرار مجلس الوزراء (921) في 1445/10/28هـ	سياسات الصحة العامة والرصد والاستجابة
نظام مزاولة المهن الصحية (م/59) في 1426/11/4هـ	السرية، والتبليغ في مواضعه
نظام حماية الطفل (م/14) في 1436/2/3هـ	عدم استكمال التطعيمات الواجبة من صور الإهمال[12]
نظام مكافحة التدخين (م/56) في 1436/7/28هـ	حظر التدخين في مواضع، وتنظيم التبغ[13]
نظام حماية البيانات الشخصية (م/19) في 1443/2/9هـ	البيانات الصحية حساسة، والإفصاح بشروط
نظام المراقبة الصحية في منافذ الدخول (م/47) في 1433/8/7هـ	التدابير الصحية عند الحدود

ومنصة «**حصن**» قناة ترصد وتبليغ لا منصة نشر. وقائمة أمراض التبليغ تفرق بين ما يُبلَّغ **فورًا** وما يُبلَّغ **خلال 72 ساعة**، وهي تتغير -فراجع النسخة النافذة ولا تحفظها.[14]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره

حفظ النفس بمنع أسباب الهلاك ورفع الضرر العام، والتعاون على البر	نص قطعي	﴿ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة﴾، و﴿وتعاونوا على البر والتقوى﴾
الحجر عند الوباء: لا يُدخل الخطر ولا يُصدَّر، ولا يورد ممرض على مصح	نص صحيح متفق عليه	حديثا الطاعون و«لا يورد ممرض على مصح» (البخاري ومسلم)
وجوب التداوي إذا أفضى تركه إلى تلف أو تعدى ضرره، وأن لولي الأمر الإلزام به في بعض الأحوال كالتحصينات	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 67 (5/7) [11]
تقييد الإلزام بتحقق المناط: خطر معتبر، وفعالية وأمان، واختصاص الجهة، وتناسب	اجتهاد المؤلف	فهم المؤلف لعبارة «في بعض الأحوال» في القرار [11]
«لا ضرر ولا ضرار»، و«الضرر الأشد يزال بالأخف»، و«يتحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام»، و«العبرة بالمآلات»	قاعدة كلية متفق عليها	القواعد الفقهية الكلية
اشتراط المعاملة بالمثل (الدعم والتعويض والمؤقتية) لمن يُلزم بالعزل أو الحجر	اجتهاد المؤلف	تنزيل قاعدة تحمل الضرر الخاص مع التعويض، وأدبيات الصحة العامة [4، 5]
سلم التدخل وأسئلة التناسب الخمسة ضابطًا لاختيار الإجراء الأخف الكافي	اجتهاد المؤلف	تنزيل قواعد الضرر على نموذج مجلس نافيلد [1، 6]

أين يقع الخطأ عادةً؟

• **القفز من التثقيف إلى الإلزام** بلا مرور بالتمكين والتيسير، لأن الأداة الأشد أسرع إداريًا.

• **بقاء الاستثناء بعد زوال سببه:** بيانات طوارئ تُستبقى لغرض جديد، ومدة عزل قديمة تُطبَّق بعد تغيّر الدليل. القدرة التقنية على الاستمرار ليست سببًا أخلاقيًا للاستمرار.[15]

• **تحميل الفرد عبء بيئة صنعت خياره:** اختزال مكافحة السمنة أو التدخين في اللوم والوصم بدل تنظيم السوق وتقديم العلاج.

• **طلب الامتثال بلا معاملة بالمثل:** إلزام بالحجر بلا سكن آمن ولا دخل ولا دواء.

وهناك أشياء **لا تملكها أنت بصفتك ممارسًا فردًا:** إعلان حظر أو إلزام عام خارج صلاحياتك، ونشر اسم حالة لتحذير الناس، ومنع مريض من خدمة أساسية بسبب التدخين أو السمنة بلا معيار سريري، وتمديد عزل لأن «السياسة القديمة قالت» بعد صدور تحديث.

خلاصة عملية

قبل أي إجراء وقائي مقيد اسأل: ما الخطر ودرجة يقينه؟ وما الفعالية والضرر؟ وما البديل الأخف ولماذا لا يكفي؟ ومن يحمل العبء ومن لا يستطيع الامتثال؟ ثم اكتب القرار بصيغة كاملة: التدخل، والفئة، والمدة، والدعم، والاستثناءات، ومؤشر المراجعة، وشرط الإيقاف، وجهة التظلم. **فالصالح العام لا يبرر كل وسيلة؛ بل يبرر وسيلة فعالة وضرورية ومتناسبة، تحمي ولا تُذل.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: شخص مخالط يرفض الحجر لأنه سيفقد أجره

| **السيناريو**. خالط عامل توصيل حالة لمرض شديد العدوى، وأمرت الجهة الصحية بحجره أيامًا محددة. يسكن مع ستة أشخاص، ولا يحصل على أجر إذا غاب، ويقول إنه سيخفي عنوانه ويستمر في العمل.

| **الركن الطبي**. يثبت نوع المخالطة، وفترة الحضانة، وإمكان الفحص، وخطر انتقال المرض أثناء غياب الأعراض، وملاءمة الحجر المنزلي في سكن مزدحم. إذا كان المنزل لا يحمي الأسرة، يوفر مكان بديل. تحدد المدة بحسب آخر دليل، وتراجع مع نتائج الفحص أو ظهور الأعراض.

| **الركن الأخلاقي**. رفضه ليس تعنتًا خالصًا؛ بل استجابة لعبء غير موزع بعدل. حماية المجتمع تبرر تقييدًا متناسبًا، لكن المعاملة بالمثل تلزم بتأمين السكن والغذاء والدواء والدخل أو الحماية الوظيفية. إذا لم تدعم الجهة الامتثال، أضعفت ثقة الناس ودفعتهم إلى الإخفاء.

| **الركن الفقهي**. يتحمل ضرر خاص أخف لدفع ضرر عام، لكن لا يزال الضرر بضرر مثله إذا أمكن منعه. ويلزم العامل منع الضرر المتعدي، ويلزم المجتمع والدولة إعانته على أداء الواجب. المشقة تجلب التيسير في طريقة الحجر والعمل لا في تعريض الناس للعدوى.

| **الركن النظامي**. يصدر أمر الحجر من الجهة المختصة وفق الإطار النافذ، ويبين مدته وحقوقه. تراجع حقوق العامل والحماية الاجتماعية وسياسة صاحب العمل. تحفظ بياناته ولا يكشف سبب غيابه إلا بالقدر اللازم.

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

القرار المهني الموزون. ينفذ الحجر، لكن لا يطلب منه في سكن غير صالح؛ ينقل إلى مكان آمن إن لزم، وتوفر له الاحتياجات وإثبات رسمي ودعم دخل وفق البرامج النافذة. يبدأ الإقناع، ويستخدم الإلزام إذا استمر خطر جسيم وتعذر البديل. يراجع يوميًا أو بحسب البروتوكول، وينتهي فور زوال المناط.

الحالة الثانية: حملة سمنة مدرسية تستخدم صورًا مهينة

| **السيناريو**. صممت مدرسة حملة بعنوان «لا تكن عبئًا»، تعرض صور أطفال بأجسام كبيرة، وتزن الطلاب أمام زملائهم، وتمنح جائزة للصف الذي يخسر أكبر وزن خلال شهر.

| **الركن الطبي**. الوزن وحده لا يقيس الصحة، والخسارة السريعة غير مناسبة للأطفال، والقياس العلني قد يثير اضطراب أكل وتنمرًا. الأفضل تقييم النمو فرديًا وبسرية، وتحسين الغذاء والنشاط والنوم للجميع، وإحالة الطفل المحتاج إلى رعاية متعددة التخصصات.

| **الركن الأخلاقي**. الحملة تنتهك الكرامة والخصوصية وتوصم الطفل، وتحمل الفرد بيئة المدرسة والأسرة والسوق. وقد تجعل الطلاب الأقل وزنًا يمارسون سلوكًا خطرًا للفوز. مصلحة الطفل والعدالة تقتضيان بيئة داعمة، ومشاركة الطلاب والأهل، ولغة لا تختزل الإنسان في جسده.

| **الركن الفقهي**. لا يجوز السخرية والتنابز أو الإيذاء النفسي، قال تعالى: {لا يسخر قوم من قوم} [الحجرات: 11]. والوقاية مقصد مشروع، لكن الوسيلة المهينة غير مشروعة، والضرر لا يزال بضرر.

| **الركن النظامي**. تحمى بيانات الطفل الصحية، وتطبق سياسات حماية الطفل والمدرسة والخصوصية. ولا يجوز تصوير أو نشر بيانات الوزن دون مسوغ وإذن، ويجب توفير بيئة مدرسية صحية وفق تعليمات الجهات.

القرار المهني الموزون. توقف الحملة والوزن العلني فورًا، ويعتذر عن أثرها ويعالج أي تنمر. تستبدل ببرنامج صحة شامل: ماء وغذاء مدرسي ونشاط ونوم وصحة نفسية، وقياس سري عند الحاجة بواسطة مهني وإحالة غير وصمية. تقاس اللياقة والعادات والرفاه والفجوة، لا مسابقة الوزن.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

وهذه مواقف تتكرر في الممارسة الوقائية، لا تحتاج تحليلًا مطولًا بقدر ما تحتاج جوابًا حاسمًا بضابطه:

ممارس صحي يرفض لقاحًا موصى به لوحدة عالية الخطورة. اشتراط اللقاح للعمل المباشر في وحدة يرقد فيها شديدو ضعف المناعة مشروع إذا أثبت تقييم رسمي ضرورته في موسم الخطر ولم تكفِ البدائل -كمامة مناسبة، أو فحص دوري، أو إعادة تكليف. وتُطبَّق السياسة على الجميع بلا محاباة، وتُوفَّر الجرعة في وقت العمل، ويُعترف بالمانع الطبي، وتُتاح مراجعة مستقلة. ولا يُنهى العقد إلا خيارًا أخيرًا بعد استنفاد البدائل والإجراءات النظامية، ولا تُكشف حالة الموظف لزملائه.

طلب نشر اسم مصاب لتحذير الحي. لا يُنشر الاسم ولا الصورة؛ فمصلحة الجمهور في معلومة

قابلة للفعل لا في معرفة الهوية. تُصدر الجهة الصحية تنبيه تعرّض محددًا بالمكان والوقت والإجراء، وتتقصى المخالطين عبر قناة مهنية. ولا يُوسَّع الكشف إلا إذا قررت الجهة المختصة أن لا وسيلة أقل لحماية شخص أو جمهور من خطر جسيم، فيُوثَّق سببه ونطاقه. والنشر أسرع في الظاهر، لكنه يدفع مرضى آخرين إلى الإخفاء.

ضريبة على المشروبات المحلاة في أحياء منخفضة الدخل. لا تُرفض الأداة بعنوانها ولا تُمرَّر منفردة؛ فالعبرة بالتصميم. تُعتمد ضمن حزمة: ماء آمن مجاني، وتحسين الغذاء المدرسي والمتاجر والنشاط، وتخصيص معلن لنسبة من الإيراد للأحياء الأعلى عبئًا، وتصميم يمنع الاستبدال ببدائل أشد ضررًا، وتقويم سنوي للصحة والإنفاق والفجوة. وتُعدَّل أو تُوقَف إذا ظهر عبء غير متناسب بلا منفعة؛ فلا يُكتفى بحساب المتوسط.

توزيع فرق الوقاية: بالتساوي أم بحسب الحاجة؟ المساواة العددية ليست إنصافًا. يُخصَّص حد خدمة أساسي لكل جهة، ثم تُوزَّع الموارد المتبقية بنسبة مركبة من عبء المرض وفجوة الوصول وحجم السكان والمنفعة الهامشية، بمعيار معلن يمنع المحاباة، مع مشاركة المجتمعات ومراجعة دورية للنتائج. وهذا «عموم متناسب» لا تفضيل سياسي. وتفصيل قواعد التزاحم على الموارد الشحيحة في الفصل السابع والثلاثين.

إشارة في ترصد مياه الصرف لمبنى صغير. نتيجة مياه الصرف إشارة جماعية لا تحدد مستخدمًا ولا مصابًا، وقد تتأثر بالزوار أو بخطأ العينة؛ فلا تُبنى عليها عقوبة جماعية ولا تفتيش ولا تسليم أسماء. تُكرَّر العينة للتحقق، وتُنفَّذ استجابة صحية متناسبة: فحص أو لقاح أو تهوية في العامل المعدي، وتثقيف وخدمة سرية للعلاج في مؤشر المخدرات. وأي تحوّل إلى غرض تأديبي يحتاج سندًا مستقلًا ودليلًا فرديًا وإجراءات عادلة.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. أثناء تفشٍّ مدرسي للحصبة، رفض والدا طفل غير محصن التطعيم بسبب مقطع يزعم أنه يسبب العقم. ما أول خطوة صحيحة؟

أ) إبلاغ الشرطة فورًا لإجبار الوالدين

ب) تبصير موثق وتصحيح الشائعة وعرض اللقاح فورًا مع تقدير الاستبعاد المؤقت وفق تعليمات الجهة

ج) ترك الطفل في المدرسة لأن اللقاح حق الوالدين وحدهما

د) نشر اسم الطفل لتحذير أولياء الأمور الآخرين

2. اقترحت لجنة في المستشفى فرض غرامة على الموظفين الذين لا يمارسون النشاط البدني، من غير أن يسبقها توعية أو مرافق أو حوافز. ما الاعتراض الصحيح في ضوء سلم التدخل؟

أ) لا اعتراض؛ فالأداة الأشد أسرع أثرًا

ب) الاعتراض أن الإلزام لا يجوز في الصحة العامة بأي حال

ج) الاعتراض أن السلم يبدأ بالمعلومات فالتمكين فالتوجيه والحوافز قبل التثبيط والتقييد، ويجب بيان لماذا لا تكفي درجة أخف

د) الاعتراض أن مثل هذا القرار من صلاحيات وزارة الصحة لا المستشفى

3. قال مدير مركز صحي: «قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 يعطينا حق إلزام كل مراجع بكل لقاح متاح». ما التصحيح؟

أ) هو محق؛ فالقرار يجعل كل لقاح واجبًا على كل شخص

ب) القرار يحرم الإلزام بالتحصين مطلقًا فلا يصح الاستناد إليه

ج) القرار يفوض الطبيب المعالج والمركز بفرض التحصين بتقديرهما

د) القرار جعل الإلزام لولي الأمر لا للمركز، و«في بعض الأحوال» كالأمراض المعدية والتحصينات الوقائية، مربوطًا بتحقق المناط لا تفويضًا مطلقًا

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) ج • 3) د

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Upshur REG. Principles for the justification of public health intervention. Can J Public Health. 2002;93(2):101–103. DOI: 10.1007/BF03404547. DOI

[2] World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion; Ottawa, 21Nov المصدر الرسمي .1986

[3] World Health Organization. WHO Guidelines on Ethical Issues in Public Health Surveillance. Geneva: WHO; 2017. ISBN المصدر الرسمي .7-151265-4-92-978

[4] World Health Organization. Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks. Geneva: WHO; 2016. ISBN المصدر الرسمي .7-154983-4-92-978

[5] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020;395:912–920. DOI: 10.1016/S6736-0140(20)8-30460. DOI

[6] Nuffield Council on Bioethics. Public Health: Ethical Issues. London; الرابط .2007

[7] Shattock AJ, Johnson HC, Sim SY, et al. Contribution of vaccination to improved survival and health: modelling 50years of the Expanded Programme on Immunization. Lancet. 2024;403(10441):2307–2316. DOI: 10.1016/S6736-0140(24)00850-X .

المصدر الرسمي

[8] World Health Organization. Tobacco and nicotine. Fact sheet. 26Jun 2026. المصدر الرسمي

[9] World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet. 8Dec 2025; includes reference to the 2025WHO GLP-1 guideline. المصدر الرسمي

[10] Marmot M, Allen J, Goldblatt P, et al. Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. London; 2010. الرابط

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي. الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م. المصدر الرسمي

[12] المملكة العربية السعودية. نظام حماية الطفل، المرسوم الملكي رقم (م/14) وتاريخ 1436/2/3هـ؛ ويتضمن ضمن الإهمال عدم استكمال التطعيمات الصحية الواجبة. المصدر الرسمي

[13] المملكة العربية السعودية. نظام مكافحة التدخين، المرسوم الملكي رقم (م/56) وتاريخ 1436/7/28هـ؛ ولائحته التنفيذية، القرار الوزاري رقم (1853515) وتاريخ 1439/12/29هـ، الإصدار الثالث 2019م. المصدر الرسمي

[14] وزارة الصحة السعودية. List of Notifications Events and Diseases. 2023. يفرق بين التبليغ الفوري والتبليغ خلال 72 ساعة بحسب الحالة. المصدر الرسمي

[15] Oxford Academic. Dynamic Surveillance: Extending, Enhancing, and Reversing Public Health Surveillance. In: The Ethics of Surveillance in Public Health. 2023. DOI: 10.1093/oso/9780192864918.003.0010. الرابط

توزيع الموارد الصحية الشحيحة

Chapter 37 -Allocating Scarce Health Resources

من لم يحصل على المورد لا يسقط حقه في الرعاية.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

ستقف يومًا أمام سرير عناية واحد ومريضين، أو جرعة دواء إنقاذي واحدة وثلاثة محتاجين، أو موعد جراحة لا يتسع للجميع. وحينها لن ينفعك شعار «الكل سواء»، ولن ينفعك حساب «الأكثر عددًا» وحده.

والندرة ليست حادثًا استثنائيًا يقع في الجوائح وحدها. قد تكون **دائمة** كالأعضاء المتبرع بها، أو **مؤقتة** بسبب موجة وبائية أو انقطاع توريد، أو **جغرافية** لتركز الخدمة في المدن، أو **مصطنعة** سببها ضعف التخطيط والهدر وسوء إدارة الأسرّة. وقد تكون ظاهرة في جهاز واحد، أو خفية في دقائق الطبيب وقائمة الانتظار.

قبل أن تفاضل بين مريضين، اسأل: هل الندرة حقيقية أصلًا؟ هل استُنفدت زيادة القدرة، والنقل، والاستعارة، والبدائل، وتعديل المسار التشغيلي؟ فإذا كان النقص قابلًا للإصلاح، فواجب المؤسسة **إزالة الندرة لا تطبيع الحرمان**. ولا تُستعمل سياسة الفرز غطاءً لسوء الإدارة.[1، 2]

القواعد الخمس الحاكمة

• **لا يبدأ الفرز قبل إثبات الندرة الحقيقية** واستنفاد التوسع والنقل والاستعارة وتقليل الهدر.

• **المساواة في الكرامة ثابتة، أما معيار الأولوية فيتبع هدف المورد.** فمعيار اللقاح ليس معيار جهاز التنفس، ومعيار الميزانية ليس معيار الدواء الإنقاذي لمريض حاضر.

• لا يُقدَّم أحد في التزاحم إلا بمرجح معتبر مرتبط بالمورد وهدفه، على ترتيب واحد معتمد في هذا الكتاب: **أولًا** شدة الحاجة والاستعجال (الخطر الفوري على الحياة)، **ثانيًا** رجاء الانتفاع (احتمال النجاة بالتدخل ومقداره)، **ثالثًا** عند التساوي: السبق ثم القرعة -لا بالمال ولا النفوذ ولا المكانة ولا القرابة ولا ضغط المرافقين ولا العمر أو الإعاقة

المجردين. [3، 4]

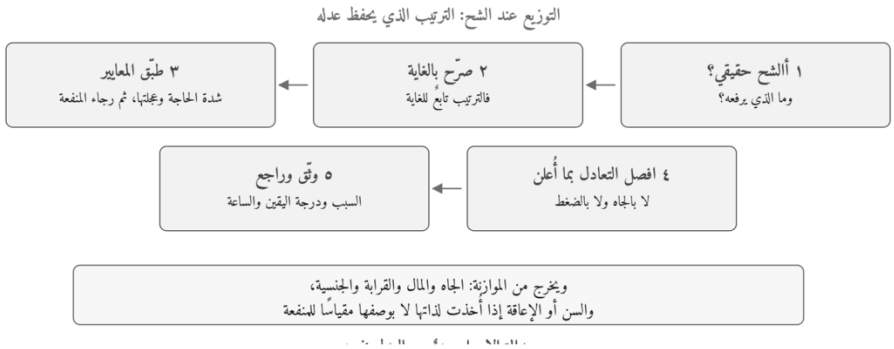
• **عدالة الإجراء جزء من العدالة نفسها.** فالقرار عالي الأثر مؤسسي، معلن المعايير، موثق، خالٍ من تضارب المصالح، قابل للمراجعة.[5]

• **من لم يحصل على المورد لا يسقط حقه في الرعاية.** فالفرز ترتيب للأولويات عند العجز، لا تخلٍّ عن المريض.

ثلاثة ألفاظ لا تخلط بينها

التخصيص قرار سياسة يحدد أين تذهب الموارد بين البرامج والمناطق. **والفرز** قرار سريري أو مؤسسي يرتب مرضى متزاحمين على مورد حاضر. **وترشيد الاستخدام** يمنع الهدر ويوجه الاختبار أو الدواء إلى موضعه. والخلط بينها يحمّل الطبيب قرارًا ماليًا لم يصنعه، أو يخفي نقص التمويل تحت وصف «عدم الجدوى».

كيف تبني أولوية قابلة للدفاع؟



شكل 8: ترتيب قرار التوزيع، وما يُستبعد من الموازنة.

تبدأ الأولوية بالحاجة المرتبطة بالمورد، لا بمجرد شدة المرض؛ فقد يكون المريض أشد مرضًا لكنه لا ينتفع بالمورد، وقد يكون أقل شدة اليوم لكن تأخيره القصير يفقده فرصة الإنقاذ. وتُرتَّب المرجّحات على النحو الآتي:

• **أولًا: شدة الحاجة والاستعجال.** يُقدَّم من يسبب له التأخير ضررًا جسيمًا أو خطرًا فوريًّا على الحياة، ويوجَّه من يستطيع الانتظار إلى مسار آخر. والبديل ليس عقوبة: قد يكون أكسجينًا غير غازٍ، أو علاجًا مرحليًّا، أو نقلًا، أو رعاية تلطيفية.

• **ثانيًا: رجاء الانتفاع.** يُقدَّر بنتيجة قريبة ذات صلة بالمورد -النجاة من النوبة

الحادة، الخروج من العناية -لا بقيمة اجتماعية عامة ولا بتنبؤ بعيد غير موثوق؛ فمن لا يغيّر المورد مآله لا يُهدر عليه. [4، 6]

• **ثالثًا: السبق عند التساوي.** الوصول أولًا لا يصلح معيارًا ابتدائيًّا مطلقًا في أزمة، لأنه يكافئ القرب والمعلومة والقدرة المالية؛ وإنما يعمل عند تساوي الاستعجال ورجاء الانتفاع. ويكتسب وزنًا مستقلًّا بعد بدء علاج نافع، لأن نزع المورد يختلف أخلاقيًّا وعمليًّا عن عدم بدئه. [3]

• **ثم القرعة** آخر وسيلة عند التساوي الحقيقي حتى في السبق، وتكون داخل فئة متكافئة بعد التقييم لا بدلًا عن التقييم. [3، 4]

• **حماية النظام الصحي** مرجح معتبر على ما رجحته أدبيات الفرز وتؤيده قاعدة «ما لا يتم الواجب إلا به»: فيسوغ تقديم الكادر الصحي إذا كان حفظه شرطًا لاستمرار الخدمة، **لا بوصفه امتيازًا شخصيًا** -بشرط خطر مهني معتبر، ودور مؤثر، ومورد ذي صلة، وتوثيق.[4، 7]

وأما كثرة المنتفعين فتُعتبر عند الفرز الجماعي في الكارثة -حين يستهلك إنقاذ واحد ما يكفي لإنقاذ عدد -وعند التخصيص على مستوى السياسة، لا في المفاضلة بين مريضين على مورد واحد؛ وتفصيله في فصل الطوارئ والكوارث.

احذر الأداة التنبؤية: في تحقق خارجي شمل أكثر من **15 ألف** مريض مهوّى مصاب بكوفيد-19 من **86 نظامًا صحيًا**، كانت تصنيفات SOFA قبل التنبيب ضعيفة التمييز للوفاة، ومساحة المنحنى **0.54**.[8] فالدرجة تدعم القرار ولا تكون بوابة حرمان.

ما يجوز اعتباره وما لا يجوز: جدول الطالب

وهذا الجدول تلخيص لما تقرره أدبيات الأخلاقيات والفتاوى المعاصرة، ومداره الاجتهاد في التنزيل لا نص قطعي؛ فما فيه من «مشروع» و«ممنوع» حكم ترجيحي يُدافع عنه بالدليل.

المعيار	حكمه	لماذا؟
الحاجة المرتبطة بالمورد	مشروع	هي أصل الترتيب
رجاء الانتفاع القريب	مشروع	المورد لمن يغيّر مآله
الاستعجال و أثر التأخير	مشروع	التأخير ضرر لبعضهم دون بعض
غياب البديل	مشروع	من له بديل يوجَّه إليه

السبق	مشروع بقيد	بعد بدء علاج نافع، أو عند التساوي
حماية الكادر الصحي	مشروع بقيد	لاستمرار الخدمة لا امتيازًا
القرعة	آخر وسيلة	عند التساوي الحقيقي فقط
المال والنفوذ والقرابة	ممنوع	لا صلة له بهدف المورد
الشهرة والضغط الإعلامي	ممنوع	يهدم ثقة الناس بالمعايير
الجنس والعرق والدين	ممنوع	تمييز لا صلة له بالمورد
العمر وحده	ممنوع	لا يُستعمل معيارًا مستقلًا
الإعاقة والمرض المزمن وحدهما	ممنوع	إلا أثر سريري محدد مثبت في المنفعة
السلوك السابق كالتدخين	ممنوع	إلا إذا أثر مباشرة في نجاح تدخل بعينه بدليل يُطبَّق على الجميع

وانتبه إلى صفَّي **العمر والإعاقة**؛ فهما موضع أكثر الخطأ: لا تزيد قيمة حياة الغني أو المشهور، ولا تنقص حياة الكبير أو ذي الإعاقة. لكن يجوز اعتبار **أثر سريري محدد** - كقصور كلوي متقدم يجعل احتمال النجاة من النوبة الحادة ضئيلًا -ما دام مرتبطًا بالمنفعة المتوقعة من هذا المورد لا بوصف عام للفئة. **ويُسجَّل مع كل حكم درجة اليقين ومصدرها**، ولا تُحوَّل الأمراض المزمنة إلى استبعاد آلي.[6]

وأما «الدور الاجتماعي» فلا يكون بابًا لتفضيل أصحاب السلطة أو المهن الرفيعة. والقيمة الأداتية استثناء ضيق مرتبط بمهمة إنقاذية ضرورية، وشروطها: خطر مهني معتبر، ودور مؤثر في استمرار الخدمة، ومورد ذو صلة بحمايته أو إعادته للعمل، وعدم استعمال المعيار للتوسع أو المحاباة، وتوثيق سبب التقديم.

المعيار يتبع المورد

المورد	الهدف القريب	المعايير الأثقل وزنًا
جهاز تنفس أو سرير عناية	النجاة من الأزمة الحادة	الحاجة، والمنفعة القصيرة، والاستعجال، والبديل
دم أو دواء إنقاذي	منع وفاة أو ضرر وشيك	التوافق، وشدة الخطر، وأثر التأخير
لقاح أو وقاية	خفض الوفيات أو العدوى وحماية الخدمة	الخطر، والتعرض، ونقل العدوى، والدور الصحي اللازم
عضو متبرع به	بقاء طويل مع عدالة الوصول	الملاءمة، والاستعجال، ووقت

		الانتظار، وقواعد البرنامج
وقت الكادر أو الموعد	خدمة الأخطر في الوقت المناسب	درجة الفرز، وأثر الانتظار، والبديل

فإذا كان هدف اللقاح تقليل الوفيات قُدمت الفئات الأعلى خطرًا، وإذا كان حماية النظام الصحي قُدمت الكوادر الأساسية، وإذا كان تقليل الانتشار قُدمت الفئات الأكثر تعرضًا أو نقلًا. **فتغير الهدف يغير ترتيب الفئات؛ لذلك أعلن الهدف أولًا.**[7، 9]

أمثلة قصيرة من أرض الواقع

• **سرير عناية واحد ومريضان:** الأول في الثمانين بالتهاب رئوي حاد كان قبله مستقلًا في حياته، والثاني في الأربعين بفشل متعدد في الأعضاء قررت اللجنة أن العناية لا تغير مآله. الأول أرجى انتفاعًا رغم سنه؛ **فالعمر لم يكن المرجح، بل رجاء الانتفاع.** ويُوجَّه الثاني إلى رعاية تلطيفية كاملة.

• **أسرة تعرض دفع تكلفة المورد:** القدرة على الدفع ليست معيارًا في مورد عام محدود. يُشكر العرض ويُبيَّن أن الترتيب قائم على الحاجة ورجاء الانتفاع والاستعجال، وأن التبرع -إن أُريد -يكون للمنشأة لزيادة القدرة لا لشراء أولوية، ويُوثَّق العرض والرد.

• **واسطة من مسؤول لتقديم مريض:** لا يُناقَش الضغط على أرض الحالة، بل يُردّ إلى السياسة: المعايير معلنة، والقرار للجنة، ومن له مصلحة أو قرابة يتنحى. وتُوثَّق محاولة التأثير، ويبقى المريض محل التقييم بالمعايير نفسها: **لا يُقدَّم بالضغط، ولا يُؤخَّر انتقامًا منه.**

الأساس الشرعي

نقلت الندرة المسألة من باب الرعاية المعتادة إلى باب **التزاحم**، وقاعدته عند الفقهاء: إذا كفى المورد جميع المحتاجين لم يجز التمييز بينهم، وإذا لم يكفِ لم يُقدَّم أحد إلا بمرجح معتبر.

وقرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم 67 (5/7)** أن «الأصل في حكم التداوي أنه مشروع»، وجعله واجبًا إذا أدى تركه إلى تلف النفس أو العضو أو إلى انتقال الضرر.[10] وهو يؤصل حفظ النفس، لكنه -فيما أراه -لا يقدم بمفرده خوارزمية لكل مورد.

وصدرت فتوى المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث رقم 30/18 بعنوان «الأولى

بالتقديم في العلاج عند التزاحم»، ونصت على أنه «على الأطباء المسلمين الالتزام بالنظم واللوائح الطبية في المشافي التي يعملون بها... ولا يجوز نزع الأجهزة عن مريض يعالج بها لصالح مريض جاء بعده». ثم قررت عند الاضطرار إلى الاختيار تقديم الأسبق ما لم يكن ميؤوسًا من شفائه، والعاجل على من يحتمل التأخر، والمرجو شفاؤه على غير المرجو - بغلبة الظن والتقدير الطبي. [11] وهي تفترض حال التعذر بين مريضين متساويين لم يبق إلا اختيار أحدهما؛ فلا تعارض بينها وبين الترتيب المعتمد في هذا الكتاب: فالاستعجال ورجاء الانتفاع مرجّحان طبيان يسبقان السبق، والسبق لا يعمل إلا عند التساوي، وقد قيّدت الفتوى نفسها تقديم الأسبق بألا يكون ميؤوسًا من شفائه.

والقواعد المنظِّمة: «لا ضرر ولا ضرار» و«الضرر يزال» و«الضرر لا يزال بمثله أو بأشد منه» تعمل معًا، فلا تكفي قاعدة منفردة لتبرير النزع أو الحرمان. ويعمل «تقديم الأهم فالمهم»، و«ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب» في تقديم الكادر عند الحاجة، و«تصرف الجهة المختصة منوط بالمصلحة» -على ألا تجعل كلمة «المصلحة» القرار الإداري محصنًا من الاختبار. و**اعتبار العرف الطبي**: فتقدير الجدوى والاستعجال مسألة فنية لا يستقل بها الفقيه ولا الإداري دون أهل الخبرة، وقد نصت فتوى المجلس الأوروبي على بنائه على «غلبة الظن والتقدير الطبي».

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
مزاولة المهن الصحية (م/59)، المادة الخامسة	احترام حق الإنسان في الحياة والسلامة والكرامة
المادة الثامنة	المساعدة الممكنة لمن كان في حالة خطرة
المادة التاسعة	مصلحة المريض هدف العمل، وبذل الجهد لكل مريض
اللائحة التنفيذية، الإصدار الثالث	منع عمل طبي لا يحقق فائدة، ووجوب التحويل عند العجز
المؤسسات الصحية الخاصة (م/40)، المادة السادسة عشرة	علاج إسعافي للطوارئ بلا مطالبة مالية سابقة
المادة التاسعة والعشرون	تسخير مؤسسة خاصة عند الطوارئ بتعويض عادل

حماية البيانات الشخصية (م/19)، المادة الخامسة عشرة	إفصاح ضروري لحماية الصحة أو حياة أفراد معينين

ولا تعطيك هذه النصوص -منفردةً -سلطة ابتكار معيار فرز؛ بل تلزمك بالأصول وسياسة المنشأة وبذل العناية والبديل الممكن. [12، 13]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
المساواة في الكرامة وحرمة النفس، فلا تزيد حياة الغني ولا تنقص حياة الكبير أو ذي الإعاقة	نص قطعي	﴿ولقد كرمنا بني آدم﴾، وعموم نصوص حرمة النفس
قاعدة التزاحم: لا تمييز إذا كفى المورد، ولا تقديم إلا بمرجح معتبر إذا لم يكفِ	قول فقهي	ما قرره الفقهاء في باب التزاحم
مشروعية التداوي، ووجوبه إذا أدى تركه إلى تلف النفس أو العضو أو انتقال الضرر	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 67 (5/7) [10]
الالتزام بلوائح المستشفيات، ومنع نزع الأجهزة عن مريض لصالح من جاء بعده، وتقديم الأسبق ثم العاجل ثم المرجو شفاؤه عند التعذر بين متساويين	فتوى	المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث، فتوى 30/18 [11]
«لا ضرر ولا ضرار»، و«الضرر لا يزال بمثله»، و«الأهم فالمهم»، و«ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب»، و«التصرف منوط بالمصلحة»	قاعدة كلية متفق عليها	القواعد الفقهية الكلية
الترتيب الموحد للمرجّحات: شدة الحاجة والاستعجال، فرجاء الانتفاع، فالسبق ثم القرعة عند التساوي	اجتهاد المؤلف	جمع المؤلف بين فتوى المجلس الأوروبي وتوصية الندوة الطبية الفقهية وأدبيات الفرز [11، 3، 4]
تقديم الكادر الصحي قيمةً أداتية ضيقة بشروطها	اجتهاد المؤلف	تنزيل قاعدة «ما لا يتم الواجب إلا به» على ما رجحته أدبيات الفرز [7، 4]
جدول المعايير المشروعة والممنوعة، واستبعاد العمر والإعاقة معيارًا مستقلًا	اجتهاد المؤلف	جمع المؤلف بين الفتوى وأدبيات الأخلاقيات [3، 4، 6]

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **تفعيل معايير الأزمة على ازدحام معتاد** يمكن حله بالتدفق والطاقة والإحالة.[2]

• **تحويل درجة تنبؤية إلى بوابة حرمان** رغم ضعف تمييزها المُثبت خارجيًا.[8]

• **تصوير عدم تقديم المورد على أنه انتهاء لواجب الرعاية.** الرفض المتعلق بمورد واحد لا يلغي البدائل وتخفيف الأعراض وإعادة التقييم.

• **خلط شدة المرض بقابلية الانتفاع**، واستعمال العمر أو الإعاقة أو الدور الاجتماعي معيارًا مستقلًا.[14]

• **«السرية تمنع الشفافية»:** بل تُعلن المعايير والنتائج المجمعة، وتُحجب هوية المرضى.[5]

وفي التواصل مع الأسرة تجنّب «لا يوجد أمل» و«لن نستفيد منه»، وقل بدلًا منها: «هذا التدخل المحدد لا يظهر أنه سيحقق الفائدة المرجوة حاليًا، وسنستمر في تقديم الرعاية المناسبة لتخفيف الألم ودعم الحالة».

خلاصة عملية

اتبع تسع خطوات. أولًا: تحقق من الندرة وصاحب صلاحية تفعيل السياسة؛ وعرّف المورد وهدفه؛ واستنفد التوسع والبدائل؛ وقدّر الحاجة والاستعجال والمنفعة ودرجة اليقين. ثم: استبعد المعايير غير المرتبطة بالهدف؛ وطبّق آلية كسر التعادل المعلنة؛ وافصل فريق العلاج عن المفاضلة وعالج تضارب المصالح. وأخيرًا: أبلغ المريض بالقرار وأسبابه العامة والبدائل ومسار الاعتراض **دون كشف بيانات الآخرين**؛ ثم وثّق وحدد موعد إعادة التقييم.[2، 6]

والقاعدة التي تنجيك واحدة: عدلٌ في المعيار، وعدلٌ في الإجراء، ورعايةٌ لا تنقطع عمن لم يصله المورد.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

لا يُقصد بهذه الحالات إصدار أحكام جامدة تصلح لكل زمان ومكان، بل بيان طريقة التفكير المنضبط عند الندرة: كيف يُحدد المناط الطبي؟ وكيف تُراعى العدالة والكرامة؟ وكيف تُنزَّل القواعد الفقهية؟ وكيف يُوثق القرار نظاميًا ومؤسسيًا؟ وتُحلَّل كل حالة على الأركان الأربعة: الطبي (الحاجة، والجدوى، والاستعجال، والبدائل)، والأخلاقي (العدالة، وعدم التمييز، وعدم التخلي، والشفافية)، والفقهي (حفظ النفس، و«لا ضرر ولا ضرار»، و«الأهم فالمهم»، والترتيب المعتمد للمرجّحات)، والنظامي (اللجنة، والبروتوكول، والتوثيق، والرعاية البديلة، والمراجعة)؛ وتنتهي بـ**القرار المهني الموزون**.

الحالة الأولى: جهاز تنفس واحد وثلاثة مرضى

| **السيناريو.** في موجة وبائية حادة لم يبق في العناية المركزة إلا جهاز تنفس واحد، وأمامه ثلاثة مرضى: الأول حالته حرجة وهو بحسب تقدير الفريق أرجى انتفاعًا بالجهاز؛ والثاني وصل أولًا لكنه يعاني فشلًا متعددًا متقدمًا واحتمال استفادته ضعيف جدًّا؛ والثالث حالته خطيرة لكن يمكن دعمه مؤقتًا بوسائل بديلة حتى توفر جهاز آخر.

| **الركن الطبي.** يسبق الفرز إثبات الندرة الحقيقية: هل استُنفد النقل والاستعارة والدعم غير الغازي؟ [1، 2] ثم تُقدَّر لكل مريض الحاجة والاستعجال ورجاء الانتفاع بنتيجة قريبة هي النجاة من الأزمة الحادة، لا بدرجة تنبؤية وحدها؛ فقد ثبت ضعف تمييز درجة SOFA للوفاة. [6، 8] فالأول والثاني في خطر فوري، والثالث له بديل يحتمل به التأخير، والثاني لا يغيّر الجهاز مآله على غلبة الظن.

| **الركن الأخلاقي.** لا يُبنى القرار على العمر المجرد ولا القرابة ولا ضغط الأسرة ولا المكانة، ولا يُترك من لم يحصل على الجهاز بلا رعاية. [3، 4] ويُشرح القرار للأسر بلغة إنسانية دون كشف تفاصيل المرضى الآخرين، وتُعلن المعايير قبل الحالة لا بعدها. [5]

| **الركن الفقهي.** قاعدة التزاحم: لا يُقدَّم أحد إلا بمرجح معتبر، على الترتيب المعتمد: شدة الحاجة والاستعجال، ثم رجاء الانتفاع، وعند التساوي السبق ثم القرعة. فالأول والثاني متساويان في الاستعجال ويفترقان في رجاء الانتفاع فيُقدَّم الأول؛ ولا يعمل سبق الثاني لأن السبق مرجّح عند التساوي لا قبله، وفتوى المجلس الأوروبي (30/18) نفسها قيّدت تقديم الأسبق بألا يكون ميؤوسًا من شفائه وبتعذر الاختيار بين متساويين، ونصت على تقديم من يُرجى شفاؤه على من لا يُرجى بغلبة الظن والتقدير الطبي. [11] وأما نزع الجهاز عن مريض بدأ ينتفع به لصالح من جاء بعده فممنوع بنص الفتوى، ولا يُنهى إلا لثبوت انعدام الجدوى بقرار لجنة. [11]

| **الركن النظامي.** توجب المادة الثامنة من نظام مزاولة المهن الصحية المساعدة الممكنة، والمادة التاسعة بذل الجهد لكل مريض، وتمنع اللائحة التنفيذية عملًا طبيًّا لا يحقق فائدة وتوجب التحويل عند العجز. [12، 13] ويصدر القرار عن لجنة أو مسار مؤسسي سريع لا عن طبيب منفرد، بمعايير معلنة وتوثيق.

القرار المهني الموزون. يُخصَّص الجهاز للمريض الأول، ويُدعم الثالث بالوسائل البديلة مع طلب جهاز بالنقل أو الاستعارة وإعادة تقييمه في مواعيد قريبة، ويُوجَّه الثاني إلى رعاية تلطيفية وداعمة كاملة تحفظ كرامته مع مصارحة أهله برحمة. واستُبعد تقديم الثاني بالسبق لأن الجهاز لا يغيّر مآله، والقرعة لوجود مرجّح طبي، والتناوب على الجهاز لأنه يُهدر المورد. ويُوثَّق القرار في نموذج فرز يتضمن الحالات المتزاحمة ومعيار الحاجة والجدوى وسبب الاختيار وأعضاء اللجنة والخطة البديلة، ويُراجع

فور تغير الحالات أو توفر جهاز.

الحالة الثانية: لقاحات محدودة أثناء وباء

| **السيناريو.** وصلت كمية محدودة من لقاح فعال أثناء وباء سريع الانتشار، ولا تكفي الجرعات لجميع السكان. وتطالب فئات متعددة بالأولوية: كبار السن، وأصحاب الأمراض المزمنة، والعاملون الصحيون، وموظفو الخدمات الأساسية، وفئات شابة كثيرة الاختلاط؛ ويطلب مدير إداري تقديم موظفي مكتبه «لأنهم يديرون الأزمة».

| **الركن الطبي.** المعيار يتبع هدف المورد: إذا كان الهدف تقليل الوفيات قُدِّمت الفئات الأعلى خطرًا، وإذا كان حماية النظام الصحي قُدِّمت الكوادر الأساسية المعرضة، وإذا كان تقليل الانتشار قُدِّمت الفئات الأكثر تعرضًا أو نقلًا. فتغير الهدف يغير الترتيب، لذلك يُعلن الهدف أولًا، وتُبنى الفئات على بيانات الخطر والتعرض لا على الانطباع. [7، 9]

| **الركن الأخلاقي.** هذا قرار تخصيص على مستوى السياسة لا فرز بين مريضين؛ فتُمنع المحاباة، وتُعلن المعايير، ولا يُتاح اللقاح بحسب النفوذ أو القدرة المالية. ويُحفظ لغير المقدَّم حق التسجيل والمتابعة والجرعة عند توفرها. وحماية الكادر قيمة أداتية ضيقة لا امتياز، بشروطها: خطر مهني معتبر، ودور مؤثر في استمرار الخدمة، ومورد ذو صلة، وتوثيق؛ فلا تشمل موظفي مكتب بلا تعرض. [4، 7]

| **الركن الفقهي.** «تصرف الجهة المختصة منوط بالمصلحة»، ويجوز ترتيب الأولويات إذا بُني على تقدير طبي ومصلحة عامة معتبرة، ويدخل ذلك في حفظ النفس وتحمل الضرر الخاص المؤقت لدفع الضرر العام. وتنزيل «ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب» على تقديم الكادر اللازم لاستمرار الخدمة - فيما أختاره -مقيد بالشروط السابقة. وقرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 67 (5/7) يؤصل وجوب التداوي حفظًا للنفس ومنعًا لانتقال الضرر. [10]

| **الركن النظامي.** تصدر الأولويات عن الجهة الصحية المختصة مكتوبةً ومعلنةً وقابلةً للمراجعة، مع نظام تسجيل يمنع التلاعب والازدواجية، وتلتزم المنشأة بسياستها وفق نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته. [12، 13]

القرار المهني الموزون. تُوزَّع الجرعات وفق الهدف المعلن؛ والأقرب في وباء شديد الوفيات أن تبدأ بالفئات الأعلى خطرًا والكوادر الصحية الأساسية المعرضة، ثم تتوسع تدريجيًّا بحسب التوريد. ويُرفض طلب المدير لأن موظفي المكتب لا يستوفون شروط القيمة الأداتية، ويُوثَّق الطلب والرد. واستُبعد التقسيم بالتساوي بين الفئات لأنه يُهدر اللقاح على الأقل خطرًا، وتقديم القادرين ماليًّا. وتُصاغ وثيقة أولوية مختصرة تبين الهدف والفئات المقدَّمة وسببها وآلية التسجيل والاعتراض، وتُراجع عند كل دفعة جديدة أو تغير في الوباء.

الحالة الثالثة: ميزانية محدودة بين علاج فردي وبرنامج وقائي

| **السيناريو.** أمام الجهة الصحية ميزانية محدودة: إما تمويل علاج باهظ التكلفة لعدد قليل من المرضى بمرض نادر، أو تمويل برنامج وقائي واسع يقلل المضاعفات والوفيات في فئة كبيرة. وتتبنى وسائل الإعلام قصة أحد المرضى وتضغط لتمويل علاجه.

| **الركن الطبي.** يُنظر إلى أثر كل خيار في حفظ النفس وتقليل المرض: حجم الفائدة، وعدد المستفيدين، وشدة الحاجة، وجودة الدليل على الأثر، والتكلفة الفرصية، ووجود البدائل، والأثر طويل المدى. ويُفرَّق بين علاج منقذ ذي جدوى عالية لا بديل له، وتدخل مرتفع الكلفة محدود الأثر.

| **الركن الأخلاقي.** هذا قرار تخصيص لا فرز؛ فلا يُحمَّل الطبيب قرارًا ماليًّا لم يصنعه ولا يُخفى نقص التمويل تحت وصف «عدم الجدوى». ولا يُهمل المريض الفرد لمجرد أن البرنامج يخدم عددًا أكبر، كما لا تُصرف معظم الموارد على تدخل محدود الأثر يحرم برنامجًا واسع النفع. والعدالة الإجرائية تقتضي معايير معلنة ومسارًا استثنائيًّا للحالات الفردية ومراجعة. [5، 1]

| **الركن الفقهي.** تُراعى موازنة المصالح والمفاسد، و«الأهم فالمهم»، وتحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام بضوابطه، و«تصرف الجهة المختصة منوط بالمصلحة» على ألا تحصّن كلمة المصلحة القرار من الاختبار. وحفظ النفس الذي أصّله قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 67 (5/7) يشمل الفرد الحاضر والجماعة الغائبة معًا [10]؛ وكثرة المنتفعين تُعتبر في التخصيص على مستوى السياسة، بخلاف المفاضلة بين مريضين.

| **الركن النظامي.** القرار سياساتي يُتخذ عبر لجنة تمويل أو سياسة صحية بناءً على بيانات وتوثيق ومراجعة، لا بضغط حالة إعلامية واحدة، وتلزم المادة التاسعة من نظام مزاولة المهن الصحية ببذل الجهد لكل مريض في حدود ما تتيحه السياسة. [12]

القرار المهني الموزون. إذا كان البرنامج الوقائي يحقق أثرًا واسعًا مثبتًا في تقليل الوفاة أو المرض، وكان العلاج الفردي محدود الأثر، قُدِّم البرنامج مع مسار استثنائي معلن للحالات الفردية الأشد حاجة. وإذا كان العلاج الفردي منقذًا عالي الجدوى لا بديل له قويت المطالبة بتمويله وفق معايير عادلة تُطبَّق على أمثاله. واستُبعد تقديم البرنامج دائمًا لمجرد العدد، والعلاج الفردي دائمًا لمجرد حضور المريض، والحسم بحسب الضغط الإعلامي. ويُقرَّر ذلك بمعيار مكتوب يجمع شدة الحاجة وعدد المستفيدين ورجاء الانتفاع والتكلفة والعدالة بين الفئات والبدائل والأثر طويل المدى، ويُراجع سنويًّا وعند تغير الأدلة أو الأسعار.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

وهذه مواقف تتكرر عند الندرة، لا تحتاج تحليلًا مطولًا بقدر ما تحتاج جوابًا حاسمًا بضابطه:

مورد حرج لمريض لم يعد ينتفع به. مريض في العناية بفشل متعدد في الأعضاء قررت اللجنة أن استمرار جهاز التنفس لا يغير مآله ولا يحقق فائدة علاجية معتبرة، ووصل مريض يُرجى انتفاعه به بدرجة عالية. والفرق هنا بين الحاجة المجردة والجدوى العلاجية: يجوز عدم الاستمرار في تخصيص

المورد إذا ثبتت عدم جدواه بقرار لجنة موثق -لا باجتهاد فرد ولا بضغط أسري -ويُوجَّه إلى الأرجى انتفاعًا، مع استمرار الرعاية التلطيفية الكاملة للأول وحفظ كرامته.

الأسرة تعرض دفع تكلفة المورد للحصول عليه. القدرة على الدفع ليست معيارًا في مورد عام محدود، وقبولها يفتح باب المحاباة ويهدم ثقة الناس بالمعايير المعلنة. يُشكر العرض ويُبيَّن أن الترتيب قائم على الحاجة ورجاء الانتفاع والاستعجال، وأن التبرع -إن أُريد -يكون للمنشأة لزيادة القدرة لا لشراء أولوية، ويُوثَّق العرض والرد في السجل.

واسطة أو ضغط إعلامي لتقديم مريض بعينه. لا يُناقَش الضغط على أرض الحالة، بل يُردّ إلى السياسة: المعايير معلنة، والقرار للجنة، ومن له مصلحة أو قرابة يتنحى ويُستبدل بعضو مؤهل. وتُوثَّق محاولة التأثير وتُرفع إلى الجهة المختصة، ويبقى المريض محل التقييم بالمعايير نفسها المطبقة على غيره: لا يُقدَّم بالضغط، ولا يُؤخَّر انتقامًا منه.

ازدحام معتاد في الطوارئ: هل تُفعَّل معايير الأزمة؟ لا. الازدحام المتكرر مؤشر ندرة قابلة للإصلاح تُعالَج بتحسين التدفق والطاقة والإحالة والجدولة، لا بفرز الأزمة. ولا تُفعَّل معايير الأزمة إلا بإعلان من صاحب الصلاحية بعد تجاوز القدرة واستنفاد التوسع والنقل والبدائل بإجراءات موثقة، وتُوقَف بانتهاء موجبها.

هل تُعتمد الدرجة التنبؤية وحدها في الترتيب؟ لا. أظهر تحقق خارجي واسع ضعف تمييز درجات SOFA للوفاة داخل المستشفى، وقد يختلف أداء الأدوات بين الفئات السكانية. فتُستعمل الدرجة دعمًا للقرار لا حاكمًا نهائيًا، وتُختبر معايرتها وإنصافها محليًا، ويبقى الحكم السريري والمراجعة البشرية، ويُسجَّل مستوى اليقين وحدود الأداة في التوثيق.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. وصلت جرعة واحدة من دواء إنقاذي مرتفع الكلفة والدفعة التالية بعد أسبوعين، ويحتاجها شاب في نوبة حادة تغيّر الجرعة مآله خلال ساعات، وكهل بمرض مزمن مستقر يمكن جسره بعلاج مرحلي وأسرته تلحّ. ما القرار الأسلم؟

أ) تُقسَّم الجرعة بينهما تحقيقًا للمساواة

ب) تُعطى الجرعة للشاب لشدة استعجاله ورجاء انتفاعه، مع علاج مرحلي للكهل وطلب الدواء له من منشأة أخرى وموعد إعادة تقييم

ج) يُقدَّم الكهل لأنه أشرف على الوفاة قبل شهر وأسرته تلحّ

د) تُجرى قرعة لأن كليهما محتاج

2. أثناء المناوبة اقترح زميلك اعتماد درجة SOFA وحدها بو ابةً لقبول المرضى في العناية. ما ردك الصحيح؟

أ) الاقتراح سليم لأن الدرجة موضوعية ومحايدة

ب) الدرجة أداة داعمة لا حاكمة، وقد ثبت خارجيًا ضعف تمييزها للوفاة، فيبقى الحكم السريري والمراجعة البشرية

ج) الاقتراح سليم بشرط رفع عتبة الدرجة قليلًا

د) تُستبدل بالعمر لأنه مؤشر أبسط وأدق

3. طلبت أسرة مريض لم يحصل على السرير أن تعرف تفاصيل المريض المنافس لتتأكد من عدالة القرار. ما التصرف الصحيح؟

أ) تُعرض بيانات المريض الآخر لإثبات نزاهة القرار

ب) يُرفض الحوار كله لأن الاعتراض تعطيل للعمل

ج) تُشرح المعايير العامة وما رجّح في حالة مريضهم والرعاية المستمرة ومسار المراجعة، دون كشف بيانات الآخرين

د) يُحال الأمر للأمن لأن الأسرة تجاوزت حدها

4. في عيادة تخصصية قائمة انتظارها أربعة أشهر تزاحم على موعد واحد مريض أُحيل بألم صدري متزايد وتغيرات في التخطيط، ومريض مستقر ينتظر منذ أطول مدة، وقريب مسؤول حالته مستقرة. لمن الموعد؟

أ) لأطول المنتظرين لأن السبق أعدل المعايير

ب) لقريب المسؤول تجنبًا للتصعيد مع توثيق الاعتراض

ج) للمريض ذي علامات الإنذار بحسب درجة فرز الإحالة، ويبقى السبق مرجحًا داخل الفئة المتكافئة، ويُردّ طلب المسؤول إلى السياسة وتُوثَّق محاولة التأثير

د) تُجرى قرعة بين الثلاثة

5. عرضت أسرة مريض على قائمة انتظار سرير العناية دفع تكلفة السرير كاملة ليُقدَّم ابنها. ما التصرف الصحيح؟

أ) يُقبل العرض لأن المال سيزيد قدرة المستشفى على خدمة الآخرين

ب) يُقبل إذا لم يكن هناك مريض أشد حاجة في اللحظة نفسها

ج) يُرفض ويُحال الأمر إلى الأمن لأن العرض رشوة

د) يُشكر العرض ويُبيَّن أن الترتيب بالحاجة ورجاء الانتفاع والاستعجال، وأن التبرع يكون للمنشأة لزيادة القدرة لا لشراء أولوية، ويُوثَّق العرض والرد

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) ب • 3) ج • 4) ج • 5) د

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1]World Health Organization. Ethics, resource allocation and priority-setting. 20Apr 2020; WHO/RFH/20.2. المصدر الرسمي

[2]Maves RC, et al. Triage of scarce critical care resources in COVID-19: an implementation guide for regional allocation. Chest. 2020;158:212–225. DOI

[3]Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. Lancet. 2009;373:423–431. DOI

[4]Emanuel EJ, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. N Engl J Med. 2020;382:2049–2055. DOI

[5]Daniels N, Sabin JE. Accountability for reasonableness: an update. BMJ. 2008;337:a1850. DOI

[6]White DB, Lo B. A framework for rationing ventilators and critical care beds during the COVID- 19pandemic. JAMA. 2020;323:1773–1774. DOI

[7]World Health Organization. WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID- 19vaccination. 13Sep 2020. المصدر الرسمي

[8]Keller MB, et al. Preintubation SOFA score for predicting COVID- 19mortality: external validation from 86US health systems. Crit Care Med. 2022;50:1051–1062. DOI

[9]National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Framework for Equitable Allocation of COVID- 19Vaccine. 2020. DOI

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي؛ 7–12 ذي القعدة 1412هـ/9–14 مايو 1992م. المصدر الرسمي

[11] المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث. فتوى رقم 30/18: الأولى بالتقديم في العلاج عند التزاحم؛ الدورة الطارئة الثلاثون، 1–4 شعبان 1441هـ/25–28 مارس 2020م. الرابط

[12] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مزاولة المهن الصحية؛ المرسوم الملكي م/59 وتاريخ 1426/11/4هـ؛ قرار مجلس الوزراء 276 وتاريخ 1426/11/3هـ. المصدر الرسمي

[13] وزارة الصحة/الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية؛ الإصدار الثالث 1440هـ–2019م؛ القرار الوزاري 4080489 وتاريخ 1439/1/2هـ. المصدر الرسمي

[14]Piscitello GM, et al. Variation in ventilator allocation guidelines by US state during the COVID- 19pandemic: a systematic review. JAMA Netw Open. 2020;3:e2012606. DOI

أخلاقيات رعاية الفئات الهشة والمتنوعة

Chapter 38 -Care of Vulnerable and Diverse Populations

نحن لا نعالج «الفئة»؛ بل نعالج شخصًا ذا حقوق وقيم وسياق.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

لا تنشأ الهشاشة الطبية من صفة واحدة ثابتة في الإنسان. فقد يكون الشخص قادرًا مستقلًا، ثم تجعله نوبة هذيان، أو حاجز لغوي، أو فقر، أو احتجاز، أو فقد للأسرة أكثر تعرضًا لسوء الفهم أو الإكراه أو تأخر العلاج. وقد تجتمع الأسباب في مريض واحد: مسن مصاب بالخرف، يستخدم كرسيًا متحركًا، ولا يملك قريبًا ولا مالًا ولا وسيلة تواصل مناسبة.

لذلك لا يكفي أن تسأل: «إلى أي فئة ينتمي؟» بل اسأل: **ما العائق الذي يضعف صوته أو وصوله أو سلامته، وما التكييف المعقول الذي يعيد إليه القدرة على الاختيار؟**

والهشاشة **علاقية ومتغيرة ومتقاطعة**: هي علاقة بين قدرة الشخص ومتطلبات البيئة. فالمبنى غير المهيأ يحول صعوبة الحركة إلى حرمان، والمعلومة المعقدة تحول الإعاقة الذهنية البسيطة إلى إقصاء من الموافقة، والخوف من كشف الوضع النظامي يحول المرض القابل للعلاج إلى طارئ. والأدق ألا تقول «شخص ضعيف»، بل: **شخص في وضع يقتضي حماية أو تيسيرًا إضافيًا**.

القواعد الست الحاكمة

• **الأهلية مفترضة** وليست منفية بالعمر أو التشخيص أو الإعاقة أو الفقر أو السجن. وتُقوَّم أهلية **القرار المحدد في الزمن المحدد** بعد تصحيح الألم والهذيان وحاجز اللغة والسمع قدر الإمكان.[1]

• **القرار المدعوم مقدَّم على القرار البديل**، وهو الراجح عند أكثر المعاصرين في أخلاقيات الطب. تُبسَّط المعلومات، وتُوفَّر وسيلة التواصل، ويُمنح المريض وقتًا، ولا ينتقل القرار إلى الولي إلا عند ثبوت العجز.[2]

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

• **المساواة لا تعني تقديم الشيء نفسه للجميع.** فالعدالة قد تقتضي مترجمًا محترفًا، أو وقتًا أطول، أو وسيلة نقل، أو جهازًا مساعدًا.

• **الأسرة مورد مهم وليست بديلًا تلقائيًا** عن المريض. يُستعان بها بإذنه، وتُراقب المصالح المتعارضة والإهمال والاستغلال.

• **الثقافة والدين يُسألان ولا يُفترضان.** فقد يرغب مريضان من الدين نفسه في خيارات مختلفة تمامًا.

• **القرار الجيد نتيجةُ مسار عادل قابل للمراجعة:** يُوثَّق سبب التدخل، والأهلية، ومحاولات التيسير، والرأي المخالف، وتناسب القيود.

ما الذي ينبغي أن تفحصه فعلًا؟

افحص في التقييم الأول سبعة محاور. أولها المشكلة الحادة والأمراض المزمنة **مع البحث عن أسباب قابلة للعكس** (عدوى، جفاف، اضطراب أملاح، ألم، آثار دوائية). ثم الوظائف اليومية والحركة والحواس، والإدراك والحالة النفسية **مع التمييز بين الخرف المزمن والهذيان الحاد والاكتئاب**، وأهلية القرار المعين، ووسيلة التواصل المفضلة. ثم الأمان والدعم (هل يوجد عنف أو إهمال أو استغلال مالي؟)، ومحددات التنفيذ (مسكن، دواء، نقل، قدرة مالية، وصول رقمي).

هذا التقييم لا يحوّلك إلى باحث اجتماعي، لكنه يمنعك من وصف فشل النظام بأنه فشل للمريض. فالتعليمات التي لا يستطيع المريض قراءتها ليست «خطة علاج»، والوصفة التي لا يملك ثمنها ليست اختيارًا قابلًا للتنفيذ.

أربع فخاخ سريرية تتكرر:

• **التحيز العمري:** العمر الزمني ليس تشخيصًا ولا معيارًا منفردًا للمنفعة. استند إلى الهشاشة السريرية والوظيفة واحتمال الاستجابة وعبء العلاج وقيم المريض، لا إلى رقم العمر.[3]

• **حجب التشخيص:** نسبة كل عرض جديد إلى الإعاقة الأصلية بلا فحص كافٍ.[4]

• **افتراض فقد الأهلية بالخرف:** القدرة تتفاوت بتعقيد القرار وقد تتحسن بالتبسيط والوقت. وأربعة عناصر عملية تتكرر: **الفهم، والتقدير، والاستدلال، والتعبير عن الاختيار**، وتفصيل تقويم الأهلية في الفصل الخامس. وقد يفهم المريض صباحًا أكثر من المساء.[1]

• **اعتماد القريب مترجمًا:** المترجم المحترف **تدبير سلامة لا ترف**. لا تستخدم طفلًا، ولا قريبًا متحكمًا، ولا موظفًا عابرًا في موافقة معقدة إلا لضرورة عابرة ثم تستدرك - خصوصًا في الصحة الجنسية والعنف والسرطان والصحة النفسية.[5]

ويُقدَّر أن نحو **1.3 مليار إنسان** -قرابة سدس العالم -يعيشون مع إعاقة مهمة، وأن نتائجهم الصحية الأسوأ تتصل بعوامل **قابلة للتجنب** كالمواقف السلبية وصعوبة المعلومات والنقل والكلفة.[6]

وأما السجين فيفقد حرية الحركة بموجب القانون، ولا يفقد كرامته ولا حقه في العناية. وتقرر **قاعدة نيلسون مانديلا (24)** أن يتمتع السجناء بمستوى الرعاية المتاح في المجتمع دون تمييز.[7] وانتبه لمشكلة **«الولاء المزدوج»**: قرار الفحص والعلاج والإحالة يصدر وفق الحاجة الطبية، ويُدار الأمن بوسائل متناسبة. ولا يحضر رجل الأمن الفحص إلا لخطر حقيقي وبأقل قدر يمس الخصوصية.

الأساس الشرعي

تبدأ الرؤية من تكريم الإنسان: ﴿ولقد كرّمنا بني آدم﴾، ومن العدل حتى مع الاختلاف: ﴿ولا يجرمنكم شنآن قوم على ألا تعدلوا اعدلوا هو أقرب للتقوى﴾، ومن بر الوالدين عند الكبر: ﴿إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف﴾، ومن التعارف لا التفاضل العرقي: ﴿وجعلناكم شعوبًا وقبائل لتعارفوا﴾.

وتضبط الباب قواعد: **«اليقين لا يزول بالشك»** -فبقاء الأهلية والحقوق هو الأصل فلا تُسلب بالانطباع؛ و«الضرر يزال» ويشمل الحاجز القابل للإزالة؛ و«المشقة تجلب التيسير»؛ و**«الضرورات تقدر بقدرها»** فلا تتوسع السرية المرفوعة ولا القيود الأمنية فوق الحاجة.

ومن قرارات مجمع الفقه الإسلامي الدولي:

• **رقم 113 (7/12)** في حقوق المسنين: «التأكيد على أهمية عضوية المسنين في المجتمع وتمتعهم بجميع حقوق الإنسان»، وأن «تكون أسرهم هي المكان الأساس» لرعايتهم، مع «إنشاء دور الرعاية للمسنين الذين لا عائل لهم أو تعجز عائلتهم عن القيام بهم» و«الاهتمام بطب الشيخوخة». والأقرب عندي في فهمه أنه يفضّل الأسرة **الآمنة القادرة**، لا أنه يُلزم المسن بالبقاء في بيت مؤذٍ.[8]

• **رقم 213 (9/22)** في حقوق المعوقين في الفقه الإسلامي: أن الشريعة «جعلتهم

جزءًا لا يتجزأ من المجتمع لهم ما لغيرهم من الحقوق وعليهم ما على غيرهم إلا ما استثني منها بنص شرعي». فالمعيار حق ومساواة وتيسير، لا شفقة مجردة.[9]

• **رقم 261 (6/26)** في أثر المرض النفسي على الأهلية: «الأصل أن المريض النفسي البالغ كامل الأهلية ما لم يثبت خلاف ذلك من جهة معتمدة»، والضابط أثر المرض في الإدراك والتمييز والفهم واتخاذ القرار، مع اختصاص القضاء بإثبات فقد الأهلية في آثاره القانونية.[10]

وبناءً على هذا القرار وعلى قاعدة «اليقين لا يزول بالشك» لا ينتقل ماله أو قراره إلى الأسرة لمجرد قولها «هو ينسى»، ولا يثبت فقد الأهلية إلا من جهة معتمدة.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
حقوق كبير السن (م/47)، المادة (4)	لا إيواء في دار الرعاية إلا بموافقته أو بحكم قضائي أو لخطورة[11]
المادة (11)	أولوية كبير السن في الخدمات الأساسية
المادة (15)	حظر تصرف العائل في ماله دون موافقته
ذوو الإعاقة (م/27)، المادة (5/2)	البالغ سن الرشد كامل الأهلية ما لم تمنعه إعاقته[12]
المادة (6/2)	اعتماد أساليب التواصل المناسبة ومنها لغة الإشارة
المادة (9)	حقوق الخدمات الصحية والتشخيص والكشف المبكر
الحماية من الإيذاء (م/52) المعدل	تشديد العقوبة لذوي الإعاقة وكبار السن[13]
السجن والتوقيف (م/31)، المادة (28)	حظر الاعتداء على المسجون أو الموقوف[14]
حماية البيانات الشخصية (م/19)	البيانات الصحية حساسة، والحد الأدنى وضبط الوصول[15]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
تكريم الإنسان والعدل مع المخالف وبر الوالدين عند الكبر	نص قطعي	آيات ﴿ولقد كرّمنا بني آدم﴾ و﴿اعدلوا هو أقرب للتقوى﴾ و﴿فلا تقل لهما أف﴾
الأصل بقاء أهلية المريض النفسي	قرار	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 261

البالغ حتى يثبت خلافه من جهة معتمدة	مجمعي	(6/26)، وقاعدة «اليقين لا يزول بالشك»[10]
ذوو الإعاقة لهم ما لغيرهم من الحقوق وعليهم ما عليهم إلا ما استثني بنص	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 213 (9/22)[9]
الأسرة هي المكان الأساس لرعاية المسن مع إنشاء دور الرعاية لمن لا عائل له	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 113 (7/12)[8]
وجوب إزالة العائق القابل للإزالة (المترجم المحترف، التيسير المعقول)	قول راجح	قاعدتا «الضرر يزال» و«المشقة تجلب التيسير» في تنزيل المعاصرين[5]
تقديم القرار المدعوم على القرار البديل وعدم نقله للولي إلا عند ثبوت العجز	قول راجح	الراجح عند أكثر المعاصرين، مبني على أصل بقاء الأهلية[2]
عدم توسع القيود الأمنية والسرية المرفوعة فوق الحاجة	اجتهاد المؤلف	تنزيل قاعدة «الضرورات تقدر بقدرها» على حالة السجين

أين يقع الخطأ عادةً؟

- وصف المريض بأنه «غير متعاون» **قبل** البحث عن العائق.
- حجب التشخيص بنسبة كل عرض جديد إلى الإعاقة الأصلية.
- جعل القريب مترجمًا أو صاحب قرار لمجرد القرابة.
- إسقاط الأهلية بالعمر أو التشخيص أو الفقر أو السجن.
- إلغاء الخدمة لعدم تهيئة المكان بدل تكييفه.
- الاكتفاء بالمساواة الشكلية حيث يقتضي الإنصاف تيسيرًا إضافيًا.

وهناك خطآن متقابلان: **الوصاية المفرطة** التي تسلب الشخص قراره بحجة الحماية، و**الهجر باسم الاستقلال** حين تترك شخصًا لا يفهم أو لا يستطيع تنفيذ الخطة. والصواب دعم الإرادة مع شبكة أمان متناسبة.

خلاصة عملية

سمِّ القرار والخطر، ثم عالج القابل للعكس، وهيّئ التواصل، واختبر الأهلية للقرار المحدد، واستخرج قيم المريض، وافحص العوائق والأمان، وطبّق الأركان الأربعة، واختر أقل البدائل تقييدًا، ووثّق وراجع، ثم **أغلق الحلقة**: تأكد من الدواء والموعد والنقل

والمترجم ومسؤول المتابعة، لا من كتابة الخطة فقط.

فنحن لا نعالج «الفئة»؛ بل نعالج شخصًا ذا حقوق وقيم وسياق، ونزيل ما يمكن إزالته من العوائق قبل أن نستبدل صوته أو نقلص خياراته.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: مسن مصاب بخرف مبكر يرفض عملية

| **السيناريو**. رجل في التاسعة والسبعين لديه خرف خفيف، مصاب بكسر ورك، يرفض العملية ويقول إنه يخشى التخدير. تصر ابنته على التوقيع عنه وتقول: «هو فاقد الأهلية لأنه ينسى».

| **الركن الطبي**. يفحص الهذيان والألم ونقص السمع والأدوية، ويشرح أن العملية قد تحسن الحركة وتقلل مضاعفات الرقود، مع بيان خطر التخدير والعلاج التحفظي. يقوّم أهلية قرار العملية بعد تسكين الألم وتوفير جهاز السمع، لا أهلية عامة.

| **الركن الأخلاقي**. يحترم الرفض إذا فهم المريض ووازن وقدّر العواقب. دعم القرار مقدم على استبداله، والابنة مصدر معلومات ودعم بإذنه وليست صاحبة القرار تلقائيًا.

| **الركن الفقهي**. الأصل بقاء الأهلية، واليقين لا يزول بالشك. حفظ النفس لا يعني الإكراه إذا كان البالغ القادر يفهم منفعة العلاج ومخاطره. يستأنس بقرار المجمع رقم 261 (6/26) في ربط الأهلية بالأثر الفعلي على الفهم والقرار [10].

| **الركن النظامي**. نظام حقوق كبير السن لا يسلب الأهلية بالعمر، ونظام مزاولة المهن الصحية ودليل الإذن الطبي يجعلان موافقة المريض الأصل [11، 16، 17].

القرار المهني الموزون. يُعاد الشرح في وقت صفائه، ويعالج الألم، وتوثق عناصر الأهلية. إن ثبتت أهليته استمر النقاش بلا إكراه واحترم رفضه، مع خطة بديلة ومراجعة. وإن عجز مؤقتًا بسبب هذيان، يؤجل غير العاجل ويعاد التقويم؛ ولا تنتقل السلطة للابنة لمجرد القرابة.

الحالة الثانية: سجين بألم صدري وتأخر الإحالة

| **السيناريو**. سجين يشكو ألمًا صدريًا وتغيرًا في التخطيط. يطلب مسؤول أمني الانتظار حتى نهاية المناوبة، ويسأل عن تشخيصه التفصيلي.

| **الركن الطبي**. الحالة قد تكون متلازمة شريان تاجي؛ يلزم بروتوكول الطوارئ والنقل حسب الخطورة، ولا يبرر التنظيم الإداري تأخيرًا خطرًا.

| **الركن الأخلاقي**. التكافؤ والاستقلال السريري والسرية. يشارك الأمن ما يلزم للنقل والسلامة، لا التاريخ الكامل.

| **الركن الفقهي**. حفظ النفس مقدم، وإطعام الأسير ورعايته من صور الإحسان والعدل. الضرر

يزال ولا طاعة في إحداث ضرر غير مشروع.

| **الركن النظامي**. تنظم المادة (22) الرعاية والعلاج داخل السجن وخارجه، وتحظر المادة (28) الاعتداء، وتدعم قواعد مانديلا الرعاية المكافئة وسرية الملف [14، 7].

القرار المهني الموزون. يفعل النقل الطبي العاجل حسب البروتوكول، ويوثق الحاجة وأي تعطيل ويرفعه عبر المسار القيادي. يعطى المسؤول الأمني تعليمات السلامة وضرورة النقل فقط، وتبقى التفاصيل الصحية في الفريق العلاجي.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

هذيان حاد وعلاج عاجل بلا أسرة. يُجرى التدخل العاجل اللازم لإنقاذ النفس أو منع ضرر جسيم، ويوثَّق العجز المؤقت والاستعجال ومحاولات البحث عن قريب أو توجيه سابق. والضابط: الضرورات تقدر بقدرها، فيقوم التدخل مقام الإذن في حدود الحاجة وحدها؛ ولا يُتخذ في الوقت نفسه قرار دائم غير لازم، وتُعاد المشاركة إلى المريض فور تحسن الوعي.

اشتباه إهمال أو استغلال مالي لكبير السن. تُفصل المقابلة عن المرافق وتُهيَّأ للسمع، ويعالَج الضرر العاجل، ويوثَّق الوصف والقول المنسوب دون اتهام، ويُفعَّل مسار الحماية والتبليغ المؤسسي مع العمل الاجتماعي. والضابط: المادة (15) من نظام حقوق كبير السن تحظر تصرف العائل في ماله دون موافقته والإخلال عمدًا بحمايته، ويشدَّد الإيذاء إذا وقع على من تجاوز الستين؛ فلا يُسلَّم المال ولا المعلومات لقريب لمجرد القرابة.

مستخدم كرسي متحرك وفحص غير مهيأ. لا يُلغى الفحص بسبب الإعاقة: يُنظَّم نقل آمن بفريق مدرب أو جهاز قابل للوصول، أو تُجرى إحالة مكافئة بلا تأخير ولا كلفة تمييزية، ويوثَّق العائق ليصحَّح مؤسسيًا. والضابط: المشكلة في البيئة لا في أهلية المريض، ونظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة يوجب عدم التمييز وتهيئة متطلبات الوصول والترتيبات التيسيرية.

سجين يرفض فحصًا وقائيًا في بيئة مغلقة. يُعاد الشرح في لقاء سري، وتُعرض بدائل الفحص، ويؤخذ القبول طوعًا أولًا. والضابط: كل إلزام يحتاج سندًا نظاميًا وضرورة وتناسبًا وأقل بديل ومدة محددة ومراجعة؛ فإن تحقق خطر معدٍ فعلي طُبِّق الإجراء الأقل لزومًا وفق سياسة مكافحة العدوى، وكان العزل علاجيًا لا عقابيًا. وتفصيل تدابير الصحة العامة في فصل الأمراض المعدية والأوبئة.

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 شُرِح 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.

«عدم التزام» سببه الفقر لا الإرادة. يُصحَّح السجل من لغة اللوم إلى وصف العائق، وتوضع

وصفة متاحة الثمن وخطة أقل تعقيدًا، ويُربط المريض بالدواء والنقل والمتابعة عن بعد حيث تناسب. والضابط: قابلية الخطة للتنفيذ جزء من جودتها، فالوصفة التي لا يملك ثمنها ليست اختيارًا؛ ويُقاس النجاح باستمرار الوصول لا بتسليم الإرشادات، ولا يفترض الطبيب أهلية المريض لبرامج الحماية بل يحيله إلى المختص الاجتماعي.

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: ﴿فَمَن كَانَ مِنكُم مَّرِيضًا أَوْ عَلَىٰ سَفَرٍ فَعِدَّةٌ مِّنْ أَيَّامٍ أُخَرَ﴾ [البقرة: 184]، والمشقة تجلب التيسير، ولا يُطلب حفظ العبادة بإهلاك النفس؛ فإن اختار الصيام وهو قادر وُضعت خطة مراقبة وحدود واضحة للإفطار والطوارئ، ويُستعان بإذنه بمختص ومرشد شرعي، مع توثيق الخطة والبدائل وفق حقوق المرضى [16، 17، 18].

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. مريضة صماء حضرت مع أسرتها، والأسرة تتولى «الترجمة» وتخفي عنها التشخيص. ما الصحيح؟

أ) يُقبل ترتيب الأسرة احترامًا للثقافة ورغبتها في ألا تتألم المريضة

ب) يُكتفى بالكتابة على ورقة لأنها أسرع

ج) يُستعان بمترجم لغة إشارة محترف، وتُخاطب المريضة مباشرة، ولا يُحجب التشخيص عن صاحبة القرار

د) يُؤجَّل الإفصاح إلى موعد لاحق يحضره الطبيب المعالج فقط

2. مريض في السادسة والثمانين نشيط ويعيش مستقلًا، شُخّص بورم قابل للاستئصال، و اقترح زميل الاكتفاء بالرعاية الداعمة «لأن عمره كبير». ما التقدير الصحيح؟

أ) يُقبل الاقتراح لأن العمر بعد الثمانين معيار كافٍ لضعف المنفعة

ب) يُبنى القرار على الهشاشة السريرية والوظيفة واحتمال الاستجابة وعبء العلاج وقيم المريض، لا على رقم العمر

ج) يُترك القرار كله للأسرة لأن المسن لا يقدر عواقب الجراحة

د) تُجرى الجراحة بلا مناقشة لأن الورم قابل للاستئصال

3. مريض مصاب بالسكري لا يواظب على الأدوية، وتبيّن أنه لا يملك ثمنها ولا وسيلة نقل. ما التكييف المهني؟

أ) يُسجَّل في الملف أنه «غير ملتزم» وتُكرَّر التوصية نفسها

ب) تُقرأ عدم المواظبة كنتيجة محتملة لتصميم الخطة والظروف، فتُعدَّل الخطة وتُفعَّل مسارات الدعم والمتابعة

ج) يُوقف العلاج حتى يثبت جديته

د) يُوعَد بأن الإحالة الاجتماعية ستزيل المرض

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) ب • 3) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1]Sinclair C, et al. How clinical decisions are made about decision-making capacity in dementia: a systematic review. 2021. PubMed

[2]American Geriatrics Society. Position statement: Making medical treatment decisions for unrepresented older adults. 2024. PubMed

[3]World Health Organization. Global report on ageism. 18March 2021. المصدر الرسمي

[4]Diagnostic overshadowing in people with intellectual disability: systematic review. 2024. PubMed

[5]Karliner LS, et al. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review. 2007. PubMed

[6]World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities. 2December 2022. المصدر الرسمي

[7]United Nations. Nelson Mandela Rules: Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. 2015. الرابط

[8] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 113 (7/12) بشأن حقوق الأطفال والمسنين، الرياض، 23–28 سبتمبر 2000م. المصدر الرسمي

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 213 (9/22) بشأن حقوق المعوقين في الفقه الإسلامي، الكويت، 22–25 مارس 2015م. المصدر الرسمي

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 261 (6/26) بشأن أثر الأمراض النفسية على الأهلية في الشريعة الإسلامية، الدوحة، 4–8 مايو 2025م. المصدر الرسمي

[11] المملكة العربية السعودية. نظام حقوق كبير السن ورعايته، المرسوم الملكي م/47 وتاريخ 1443/6/3هـ. المصدر الرسمي

[12] المملكة العربية السعودية. نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، المرسوم الملكي م/27 وتاريخ 1445/2/11هـ. المصدر الرسمي

[13] المملكة العربية السعودية. تعديل نظام الحماية من الإيذاء، المرسوم الملكي م/72 وتاريخ

1443/8/6هـ. المصدر الرسمي
[14] المملكة العربية السعودية. نظام السجن والتوقيف، المرسوم الملكي م/31 وتاريخ 1398/6/21هـ. المصدر الرسمي
[15] المملكة العربية السعودية. نظام حماية البيانات الشخصية، المرسوم الملكي م/19 وتاريخ 1443/2/9هـ وتعديلاته. المصدر الرسمي
[16] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي م/59 وتاريخ 1426/11/4هـ. المصدر الرسمي
[17] وزارة الصحة السعودية. دليل الإذن الطبي. 9 ديسمبر 2019م. المصدر الرسمي
[18] وزارة الصحة السعودية. حقوق المرضى ومسؤولياتهم. المصدر الرسمي

الإطار العام لقضايا نهاية الحياة

Chapter 39 -End-of-Life Care: The General Framework

قد ينتهي إمكان علاج المرض، لكن واجب رعاية المريض لا ينتهي إلا بوفاته.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

هذا الفصل **مدخل باب نهاية الحياة**؛ يضبط المصطلحات ويرسم الإطار الذي تتفرع عنه الفصول التالية: التوجيهات المسبقة، والإنعاش، وجدوى العلاج، والرعاية التلطيفية، والتغذية الصناعية، وتحديد الوفاة، والقتل الرحيم. فإن أتقنت هذا الإطار سهل عليك ما بعده.

وستقف عند هذا الحد كثيرًا: أنقذت العناية المركزة والتهوية والغسيل الكلوي أرواحًا كثيرة، لكنها جعلت بعض الوظائف الحيوية قابلة للاستمرار **بعد أن يفقد العلاج قدرته على عكس المرض**. ومن هنا لم تعد التقنية أمرًا محايدًا: قد تكون واجبة عند رجحان إنقاذ نفس قابلة للإنقاذ، وقد تصبح عبئًا حين لا تحقق هدفًا علاجيًا معتبرًا.

والمطلوب منك ليس الاختيار بين «العلاج» و«لا علاج»، بل الانتقال **من قائمة إجراءات إلى خطة أهداف**: ما الذي نرجو تحقيقه؟ ما الذي يمكن عكسه؟ ما الذي يرفضه المريض؟ ما حدود المدة المقبولة للتجربة؟ وكيف نحافظ على الراحة والكرامة إذا تعذر الشفاء؟

القواعد الخمس الحاكمة

• **الجدوى وصفٌ لتدخل بعينه بالنسبة إلى هدف بعينه**، لا حكمٌ على قيمة حياة المريض. فلا يقال «المريض غير مجدٍ».[1]

• **عدم بدء تدخل غير نافع، أو عدم تصعيده، أو سحبه بعد فشل غرضه، ليس هجرًا للمريض ولا تعمدًا لإنهاء حياته.** أما عدم بدء الإنعاش وآلاته في صور محددة فقررته فتوى اللجنة الدائمة في الإنعاش؛ وأما عدم التصعيد وسحب ما ثبت فشل غرضه عن مريض حي فهو الترجيح المعاصر الذي يفضّله فصل جدوى العلاج، وخالف فيه بعض الفقهاء احتياطًا للنفس. فالمرض هو سبب الوفاة، والرعاية مستمرة وإن تغير

هدفها.[2]

• **القدرة التقنية لا تُنشئ وجوبًا شرعيًا ولا ملاءمة طبية**، كما أن اليأس من الشفاء لا يُسقط واجب الرعاية؛ وكلاهما مستفاد من قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي في التداوي الآتي ذكره.

• **المريض المؤهل صاحب الحق الأول** داخل البدائل المقبولة مهنيًا، والقرار النيابي **أمانةٌ على إرادته ومصلحته لا سلطةٌ عليه**.

• **كل حدٍّ من حدود العلاج يحتاج أمرًا مستقلًا واضحًا**؛ فأمر عدم الإنعاش لا يعني عدم التصعيد، ولا يعني سحب ما هو قائم.[3]

مصطلحات لا يصح الخلط بينها

• **نهاية الحياة:** مرحلة يبلغ فيها المرض درجة متقدمة تجعل الشفاء غير متوقع غالبًا. وقد تستمر أيامًا أو أسابيع أو أشهرًا.

• **المحتضر:** من دخل مرحلة قريبة من الوفاة وظهرت عليه علاماتها. فكل محتضر في نهاية الحياة، **وليس كل من في نهاية الحياة محتضرًا**.

• **غير المرجو شفاؤه:** من يغلب على تقدير أهل الاختصاص أن مرضه لا يُشفى. **وعدم رجاء الشفاء لا يعني انتهاء كل فائدة علاجية**.

• **المرض غير القابل للشفاء:** قد يكون قابلًا للسيطرة الجزئية أو إبطاء التدهور. فوصفه بذلك لا يكفي وحده للحكم بأن كل تدخل فيه غير مجدٍ.

• **عدم الجدوى:** ألا يعود تدخل محدد قادرًا على تحقيق هدف علاجي معتبر. وميّز بين انعدام الجدوى، وضعف احتمال النجاح، وعدم تناسب العبء مع المنفعة، واختلاف المريض والطبيب في تقدير النتيجة المرغوبة -فهذه صور متقاربة **لا متطابقة**.

• **العلاج غير المتناسب:** قد يحقق فائدة محدودة، لكن أعباءه وآلامه تفوقها بدرجة واضحة.

• **الغيبوبة، وحالة اليقظة غير المستجيبة، وموت الدماغ** ثلاثة أشياء مختلفة، ولا تُرتَّب أحكام الوفاة على فقدان الوعي وحده.[4]

الحد الفاصل عن القتل الرحيم

هذا هو أخطر تمييز في الباب كله. في **ترك تدخل غير نافع** يبقى المرض سبب الوفاة، والقصد منع عبء لا يحقق غرضه، وتستمر العناية والتسكين. أما **القتل الرحيم** ففيه

فعل أو امتناع **مقصود يراد به إنهاء الحياة أو تعجيل الموت**. والفرق في أمرين: **القصد**، و**موضوع الفعل** -فالقتل الرحيم يستهدف الحياة نفسها، أما ترك العلاج غير المجدي فيرفع تدخلًا بعينه مع استمرار الرعاية.

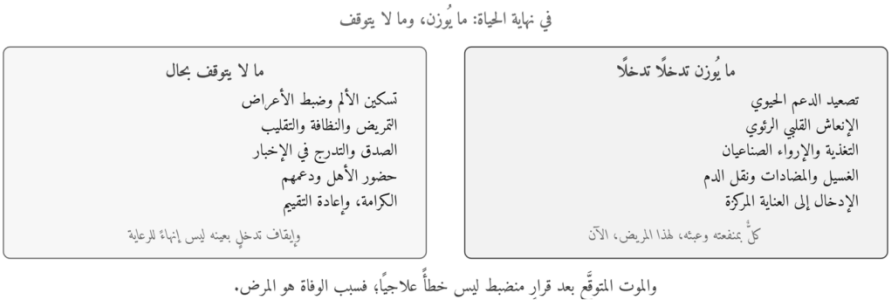
ولا تكفي النية وحدها؛ بل يُفحص نوع الفعل والجرعة وتناسبها وسبب الوفاة والتوثيق. فالراجح عند عامة المعاصرين جواز رفع جرعة مسكن تدريجيًا لعلاج ألم شديد مع المراقبة، أما إعطاء جرعة زائدة بقصد إنهاء الحياة فمحرم لحرمة النفس، وهو ما عليه عامة الفقهاء المعاصرين وهيئات الفتوى. وفي المقابل، لا يجوز أن تتحول لغة «الراحة» إلى ستار لتقصير متعمد للحياة.[2، 5]

أربعة أزواج تتشابه في الظاهر وتختلف في الحكم

مشروع	محرم
مسكن قوي بقصد تخفيف الألم	جرعة قاتلة بقصد إنهاء الحياة
رفع جهاز ثبت عدم جدواه	رفعه بقصد قتل المريض
عدم بدء الإنعاش لعدم ملاءمته	الامتناع عن إنقاذ من يمكن إنقاذه
تهدئة تلطيفية متناسبة	تخدير متعمد يؤدي إلى الوفاة

وتحريم العمود الثاني ثابت بنصوص حرمة النفس، وهو ما عليه عامة الفقهاء المعاصرين وهيئات الفتوى. أما مشروعية العمود الأول فمنها ما قررته فتوى اللجنة الدائمة (عدم بدء الإنعاش غير المجدي) وقرار المجمع (رفع الأجهزة بعد ثبوت الوفاة)، ومنها ما هو ترجيح معاصر خالف فيه بعضهم احتياطًا للنفس (سحب جهاز ثبت عدم جدواه عن مريض حي، ورفع جرعة المسكن). والفعل في كل صف يكاد يكون واحدًا بالعين المجردة، والذي يفصل بينهما: **القصد**، و**تناسب الوسيلة مع الغرض** (الجرعة والمدة والمراقبة)، و**سبب الوفاة** (المرض أم الفعل)، و**استمرار الرعاية**، و**التوثيق**. وهذا معنى قاعدة «الأمور بمقاصدها» هنا، وتكملها «الوسائل لها أحكام المقاصد»: فالجهاز والمسكن ليسا مشروعين ولا ممنوعين لذاتهما، بل بحسب الغاية والجرعة والنتيجة المتوقعة.

مستويات الرعاية: سلّم تحتاج أن تعرفه



شكل 9: ما يُوزن تدخلًا تدخلًا، وما يستمر في كل حال.

• **العلاج الموجه نحو الشفاء:** حين يكون المرض قابلًا للعلاج وتوجد فرصة معقولة لاستعادة حالة مقبولة.

• **العلاج الموجه نحو إطالة البقاء:** حين لا يكون الشفاء ممكنًا، لكن التدخل قد يُبطئ التقدم بمنفعة تتناسب مع أعبائه.

• **التجربة العلاجية محدودة المدة:** تُبدأ عند وجود **عدم يقين حقيقي**، ويُتفق مسبقًا على الهدف، والمدة، ومؤشرات النجاح والفشل، ونقطة المراجعة، والخطة البديلة. **وشرط سلامتها ألا تتحول تلقائيًا إلى استمرار مفتوح.**[6]

• **عدم التصعيد:** يستمر العلاج القائم مع عدم إضافة تدخلات أكثر عبئًا عند التدهور. وهو **تحديد سقف للعلاج لا ترك للمريض.**

• **الرعاية المتمحورة حول الراحة:** يصبح الهدف الأساسي تخفيف الألم وضيق التنفس والقلق.[7، 8]

وتغيّر الهدف ليس فشلًا للفريق، بل قد يكون استجابة مهنية لتغير الحالة وميزان المنافع والأضرار.

من يقرر؟

الأصل المريض المؤهل. والأهلية تتعلق بقرار بعينه وتتغير بتغير الحالة؛ فلا تُنزع لمجرد مخالفة المريض رأي الطبيب أو أسرته، **وتُدعم قبل الحكم بفقدانها** بعلاج الألم والهذيان ونقص الأكسجين واختيار وقت اليقظة، وتفصيل تقويم الأهلية ودعمها في الفصل الخامس.[9]

فإذا فقد الأهلية، رُجع إلى الممثل ذي الصفة بالترتيب: **رغبة المريض السابقة الواضحة**، ثم **الحكم البديل** بما يترجح أنه كان سيختاره لنفسه، ثم **المصلحة الفضلى**، وتفصيل التوجيهات المسبقة في الفصل الأربعين. وسلطة الممثل مقيدة: فلا يمنع علاجًا نافعًا لمشقة تخصه، ولا يفرض تدخلًا غير مجدٍ بدافع الشعور بالذنب، ولا يطلب إنهاء الحياة. ولا يُحسم الخلاف بعدد الأقارب أو شدة أصواتهم.[1]

ولا تُحمّل الأسرة قرارًا مهنيًا هو من اختصاصك. لا تقل: «هل تريدون أن نوقف العلاج؟»، بل بيّن أن المرض بلغ مرحلة معينة، وأن هذا التدخل لم يعد يحقق هدفه، وأن الرعاية مستمرة باتجاه الراحة، وأن دور الأسرة بيان قيم المريض ورغباته ودعمه - ثم **قدّم توصية مهنية** ولا تكتفِ بعرض قائمة خيارات.[10، 11]

الأساس الشرعي

تقوم الموازنة على حرمة النفس، ومشروعية التداوي، واعتبار النفع والضرر، وحجية خبرة الطبيب في تصوير الواقع، وتأثير القصد والمآل. **فليس كل ممكن تقنيًا واجبًا شرعًا، واليأس من الشفاء لا يسقط واجب الرعاية.**

• **قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7):** «الأصل في حكم التداوي أنه مشروع»، ثم جعله واجبًا إذا أدى تركه إلى تلف النفس أو العضو أو العجز أو انتقال الضرر، ومندوبًا عند الضرر الأخف، ومباحًا فيما عدا ذلك، ومكروهًا إذا خيفت مضاعفات أشد. **وأوجب الدأب في رعاية المريض وتخفيف آلامه النفسية والبدنية بصرف النظر عن توقع الشفاء.**[12]

• **القرار رقم 17 (5/3)** في أجهزة الإنعاش: اعتبر الوفاة ثابتة عند التوقف القلبي التنفسي غير القابل للرجوع، أو التعطل النهائي لجميع وظائف الدماغ وفق شروطه، ثم نص: «وفي هذه الحالة يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص». **وحدّه مهم:** يتعلق بثبوت الوفاة، فلا يُستعمل وحده لتسوية كل نزاع حول علاج مريض حي.[4]

• **فتوى اللجنة الدائمة رقم 12086 وتاريخ 1409/6/30هـ**، ومن نصها: «إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجد... فلا حاجة لاستخدام آلات الإنعاش». وتربط التقدير برأي **ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات**، ولا تجعل رغبة الولي وحدها معيارًا. وهي **خاصة بالإنعاش القلبي الرئوي**، فلا تُنقل آليًا إلى كل دواء أو تغذية أو غسيل أو تهوية قائمة.[13]

سلّم أحكام التداوي في نهاية الحياة

التداوي لا يأخذ حكمًا واحدًا؛ بل يدور مع حقيقة الحالة ودرجة الحاجة وغلبة النفع واحتمال الضرر والمآل. وهذا سلّمه بأمثلة تصادفها:

الحكم	متى	مثال
واجب	ضرر الترك جسيم وغلب الظن بالنفع	نزف قابل للإيقاف، عدوى شديدة قابلة للعلاج
مندوب	نفع راجح وتركه لا يهلك غالبًا	السيطرة على الألم، التأهيل، الدعم النفسي
مباح	تقارب المنافع والمخاطر أو تعدد الخيارات	تتسع هنا تفضيلات المريض والقرار المشترك
مكروه أو غير ملائم	مضاعفات أشد من المرض أو أعباء تفوق الفائدة	جراحة كبرى في هشاشة شديدة لتحسن عابر
لا يلزم بذله	نفع ضعيف جدًا، أو لا يغير المآل، أو يطيل الاحتضار	تصعيد رافعات الضغط في فشل أعضاء نهائي
ممنوع	قُصد به الموت، أو غلب ضرره، أو بلا إذن في غير ضرورة	جرعة بقصد إنهاء الحياة

وهذا السلّم تنزيلٌ من المؤلف لقرار المجمع رقم 67 وفتوى اللجنة الدائمة على صور نهاية الحياة، وما فيه من أمثلة اجتهادٌ في التطبيق قد يختلف فيه تقدير أهل الاختصاص.

وانتبه: «لا يلزم بذله» لا يعني ترك المريض، بل ينتقل الواجب إلى الرعاية النافعة. والمرض الواحد قد يجتمع فيه أكثر من حكم: فمريض السرطان المنتشر قد يكون علاج نزفه واجبًا، وتسكينه مندوبًا، وتصعيد دعمه الحيوي غير لازم -**فالحكم على التدخل لا على المريض**.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
مزاولة المهن الصحية (م/59)، المادة التاسعة	استهداف مصلحة المريض دائمًا
اللائحة، الفقرة 1-8	منع عمل طبي لا يحقق فائدة[14]
المادة التاسعة عشرة	الرضا، وحظر إنهاء حياة الميؤوس منه ولو بطلبه[5]
المادة السادسة والعشرون	معيار العناية اليقظة

المادة السابعة والعشرون	صور الخطأ، ومنها ترك الاستشارة
الدليل الوطني لعدم الإنعاش	ثلاثة أطباء، وتوثيق، ومسار للخلاف[3]
الدليل السعودي للإذن الطبي	آلية الإذن وإشراك المريض[9]

ونصُّ الدليل الوطني صريح: «**يجب ألا تؤثر أوامر عدم الإنعاش ... على الرعاية الصحية المقدمة للمريض**». وتفصيل الإنعاش في فصله المستقل.[3]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
تحريم إنهاء الحياة أو تعجيل الموت قصدًا (القتل الرحيم بصوره)	نص قطعي	نصوص حرمة النفس؛ وعليه عامة الفقهاء المعاصرين وهيئات الفتوى، وتحظره الجمعية الطبية العالمية [2]
التداوي مشروع بأصله ويدور بين الوجوب والندب والإباحة والكراهة بحسب الحال	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7)[12]
وجوب الدأب في رعاية المريض وتخفيف آلامه ولو لم يُرجَ شفاؤه	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7)[12]
جواز رفع أجهزة الإنعاش بعد ثبوت الوفاة بشروطها	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 17 (5/3)[4]
عدم لزوم الإنعاش القلبي الرئوي غير المجدي بتقدير ثلاثة أطباء ثقات	فتوى	اللجنة الدائمة رقم 12086[13]
جواز عدم تصعيد الدعم الحيوي أو سحب ما ثبت فشل غرضه عن مريض حي، مع استمرار الرعاية وانتفاء قصد التعجيل	قول راجح	الترجيح المعاصر، وتفصيله وشروطه في فصل جدوى العلاج؛ وخالف فيه بعضهم احتياطًا للنفس [2]
جواز رفع جرعة المسكن المتناسبة لتخفيف الألم وإن خيف تعجيلها للوفاة	قول راجح	الراجح عند عامة المعاصرين بناء على قاعدة «الأمور بمقاصدها»، مع خلاف بعضهم احتياطًا[2]
سلّم أحكام التداوي في نهاية الحياة بأمثلته ومرتبة «لا يلزم بذله»	اجتهاد المؤلف	تنزيل قرار المجمع رقم 67 وفتوى اللجنة الدائمة على صور نهاية الحياة

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **توسيع أمر عدم الإنعاش حتى يصير أمرًا بعدم العلاج**، فتُهمل المضادات

والأكسجين والسوائل والمسكنات بلا قرار مستقل لكل حد.[15]

• **نقل القرار المهني إلى الأسرة** بصيغة «هل تريدون أن نوقف العلاج؟»، فتُحمَّل ذنبًا ليس لها.

• **الحكم بعدم الجدوى قبل استكمال التشخيص** واستبعاد الأسباب القابلة للعكس -أو في المقابل، استمرار تدخل ثبت فشل غرضه لمجرد أنه بدأ.

• **الخلط بين الأمل والوعد بالشفاء:** الأمل يُعاد تعريفه -تخفيف الألم، العودة إلى المنزل، حضور مناسبة، إتمام وصية.

• **جعل جودة الحياة حكمًا على قيمة الإنسان:** فالإعاقة والاعتماد على الآخرين لا يجعلان الحياة أقل قيمة.

خريطة الباب: أين تجد كل مسألة؟

هذا الفصل يعطيك الإطار، والتفصيل في الفصول التالية. فإذا واجهك سؤال بعينه فاعرف أين تبحث:

السؤال الذي يواجهك	الفصل
من يتكلم باسم مريض فقد أهليته؟ وما وزن ورقة كتبها سابقًا؟	التوجهات الطبية المسبقة
هل نبدأ الإنعاش عند التوقف؟ ومن يوقّع القرار؟	الإنعاش القلبي الرئوي وقرار عدم محاولة الإنعاش
هل نصعّد الدعم أم نسحبه؟ وما معيار «لا فائدة»؟	جدوى العلاج
كيف نسكّن الألم وضيق التنفس بلا تعجيل للموت؟	الرعاية التلطيفية
هل نركّب أنبوب التغذية أو نوقفه؟	التغذية والإرواء الصناعيان
متى يُحكم بالوفاة وتُرفع الأجهزة؟	الموت الدماغي وتحديد الوفاة
طلب المريض أو أهله إنهاء حياته	القتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب

خلاصة عملية

عرّف التدخل والهدف، واستكمل التشخيص واستبعد القابل للعكس، وقيّم الأهلية لقرار بعينه، واستكشف القيم وحدد الممثل. ثم وازن المنفعة والعبء، واستخدم تجربة محددة المدة عند عدم اليقين، وراجع النص الشرعي والنظامي وسياسة المنشأة. وأخيرًا قدّم توصية مهنية، وحدد **خطة الرعاية المستمرة**، وضع موعدًا للمراجعة ومسارًا للنزاع.

والوفاة المتوقعة بعد قرار منضبط ليست خطأ علاجيًا؛ سبب الوفاة هو المرض. وقد ينتهي إمكان علاج المرض، لكن واجب رعاية المريض لا ينتهي إلا بوفاته.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

تمثل الحالات التطبيقية المجال الحقيقي لاختبار المبادئ الطبية والأخلاقية والشرعية والنظامية؛ إذ لا تكمن صعوبة قرارات نهاية الحياة في معرفة القواعد العامة فقط، وإنما في تنزيلها على حالات تتداخل فيها احتمالات المنفعة والضرر، ورغبات المريض، ومواقف الأسرة، ومسؤولية الفريق الطبي. واقتُصر هنا على حالتين تمثلان طرفي الباب: رفض المريض المؤهل تدخلًا داعمًا للحياة، وتسكين الألم الشديد على الحد الفاصل عن القتل الرحيم؛ أما مطالبة الأسرة بإنعاش غير ملائم، واختلاف الأسرة على مريض فاقد الأهلية، والتجربة العلاجية محدودة المدة، فمفصلة في فصول الإنعاش والتوجيهات المسبقة وجدوى العلاج.

الحالة الأولى: مريض كامل الأهلية يرفض التنفس الاصطناعي

| **السيناريو.** مريض يبلغ من العمر ثمانية وستين عامًا، مصاب بسرطان رئوي منتشر، وتعرض خلال الأشهر الماضية لعدة نوبات من الفشل التنفسي. أوضح له الفريق الطبي أن حالته مرشحة للتدهور، وأن إدخاله إلى العناية المركزة ووضعه على جهاز التنفس الاصطناعي قد يطيل حياته مدة محدودة، لكنه لن يعالج المرض الأساسي، كما أن احتمال فصله لاحقًا عن الجهاز ضعيف. كان المريض واعيًا، وقادرًا على فهم المعلومات، وطلب بوضوح ألا ينقل إلى العناية المركزة، وألا يوضع على جهاز التنفس الاصطناعي، وأن تركز رعايته على تخفيف ضيق التنفس والألم وبقائه قرب أسرته.

اعترض أحد أبنائه، وطالب الفريق الطبي بإجراء جميع التدخلات الممكنة، بحجة أن الامتناع عن التنفس الاصطناعي يعد تخليًا عن والده.

| **الركن الطبي.** المرض متقدم وغير قابل للشفاء، والتدخل المقترح لا يستهدف علاج السبب الأساسي، وإنما دعم التنفس فترة محدودة. ويجب تقييم: احتمال استعادة المريض القدرة على التنفس دون جهاز، واحتمال خروجه من العناية المركزة، وأثر التدخل في وعيه وقدرته على التواصل، والمضاعفات المحتملة مثل العدوى والضعف العضلي والتخدير المطول، والبدائل المتاحة لعلاج ضيق التنفس. فإذا غلب على التقدير الطبي أن التنفس الاصطناعي لن يعيد المريض إلى حالة وظيفية مقبولة، وأن أعباءه تفوق منافعه، لم يكن تدخلًا واجبًا لمجرد إمكان إجرائه.

كما يمكن تقديم علاج فعّال لضيق التنفس باستخدام الأكسجين عند الحاجة، والمسكنات المناسبة، وتدابير الراحة، والرعاية التلطيفية. [7، 16، 8]

| **الركن الأخلاقي.** المريض كامل الأهلية، وقد فهم التشخيص، والمآل، والبدائل، والنتائج المتوقعة من قبول التدخل أو رفضه. ومن ثم فإن قراره يمثل اختيارًا مستنيرًا يجب احترامه. ولا تنتفي

أهلية المريض لمجرد أن قراره لا يتفق مع رغبة أسرته أو توصية بعض الأطباء. كما لا يجوز تفسير رفضه لجهاز التنفس الاصطناعي على أنه رفض للحياة أو طلب للموت، بل هو رفض لتدخل معين ذي أعباء كبيرة وفائدة محدودة. ويجب كذلك حماية المريض من الضغط الأسري، والتحقق من أن قراره ثابت وصادر بحرية.

| **الركن الفقهي.** الأصل مشروعية التداوي، لكن التداوي لا يكون واجبًا في كل صورة. فإذا كان التدخل لا يحقق شفاءً، وكان احتمال نفعه ضعيفًا، وأعباؤه كبيرة، فلا يلزم المريض قبوله. كما أن رفض وسيلة علاجية غير متعينة لا يعد انتحارًا، ما دام المريض لا يقصد إهلاك نفسه، وإنما يرفض تدخلًا مرهقًا محدود الجدوى، مع قبوله للرعاية والعلاج التلطيفي.

ويستند ذلك إلى مراعاة التناسب بين الوسيلة والغاية، وقاعدة رفع الضرر، واعتبار مآلات التدخل، وما قرره مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار رقم 67 (5/7) من اختلاف حكم التداوي بحسب النفع والضرر والحالة. [12]

| **الركن النظامي.** تُطبَّق المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية، التي تقرر أصل رضا المريض في العمل الطبي، مع مراعاة الضوابط المتعلقة بأهلية المريض وطبيعة التدخل. [5، 14] ويجب على الفريق: توثيق أهلية المريض، والمعلومات التي قُدمت له، ورفضه الصريح للتنفس الاصطناعي، ومستوى الرعاية الذي يقبله؛ وإبلاغ جميع أعضاء الفريق بالخطة؛ وإعادة تقييم القرار إذا تغيرت حالته أو رغبته. ولا يجوز لطلب الأسرة أن يلغي قرار المريض المؤهل.

القرار المهني الموزون. يُحترم قرار المريض بعدم دخول العناية المركزة وعدم استخدام التنفس الاصطناعي، مع استمرار جميع التدخلات الملائمة لعلاج الألم وضيق التنفس والقلق. ويعقد اجتماع مع الأسرة لتوضيح أن القرار لا يعني التخلي عن المريض، وإنما الانتقال إلى خطة علاجية تتفق مع رغبته وحالته الطبية، مع توثيق مستوى الرعاية وحدود التصعيد.

الحالة الثانية: تسكين الألم الشديد بجرعات مرتفعة

| **السيناريو.** مريض في المرحلة الأخيرة من سرطان منتشر، يعاني ألمًا شديدًا وضيق تنفس متواصلًا، ولم تعد الجرعات المعتادة من المسكنات كافية. أوصى فريق الرعاية التلطيفية بزيادة الجرعات تدريجيًا. [7، 16، 8] اعترض بعض أفراد الأسرة، وذكروا أن زيادة المسكنات قد تضعف التنفس وتؤدي إلى الوفاة، وأنها قد تكون صورة من صور القتل الرحيم.

| **الركن الطبي.** الألم وضيق التنفس من الأعراض التي يجب علاجها، ولا يجوز ترك المريض يعاني خوفًا غير مبرر من الآثار الجانبية. وتتم زيادة الجرعات وفق أصول مهنية تشمل: تقييم شدة الألم وتحديد سبب الأعراض، وزيادة الجرعة تدريجيًا مع مراقبة الاستجابة والوعي والتنفس، واستخدام الجرعة الأقل التي تحقق السيطرة على الأعراض، وتوثيق أسباب الزيادة، ومراجعة الأدوية المساعدة والبدائل. ولا تهدف الجرعة العلاجية المناسبة إلى إنهاء الحياة، وإنما إلى تخفيف معاناة شديدة.

| **الركن الأخلاقي.** تخفيف الألم واجب أخلاقي أساسي، وترك المريض في معاناة يمكن علاجها إخلال بمبدأ الإحسان وعدم الإضرار. ويجب شرح الفرق بين دواء يُعطى بقصد تخفيف الألم بجرعة مهنية متناسبة مع الأعراض، وفعل يُقصد به إحداث الوفاة. كما يجب إشراك المريض في القرار إن كان واعيًا، وبيان تأثير الدواء المحتمل في اليقظة والتواصل.

| **الركن الفقهي.** العبرة بالقصد وطبيعة الجرعة وتناسبها مع الحاجة. فإذا كان القصد علاج الألم، وكانت الجرعة متدرجة ومناسبة وتحت إشراف طبي، فلا تعد قتلًا رحيمًا، حتى لو وجد احتمال غير مقصود لبعض الآثار الجانبية. أما إعطاء جرعة زائدة بقصد إنهاء الحياة، أو دون حاجة علاجية، فهو محرم. وتنطبق هنا قاعدة الأمور بمقاصدها، وقاعدة الضرر يزال، مع وجوب أن تكون الوسيلة مقدرة بقدر الحاجة.

| **الركن النظامي.** يجب الالتزام بالبروتوكولات، وتوثيق الأعراض والجرعات والتعديلات وهدف العلاج، ومتابعة الاستجابة، وإشراك الفريق التلطيفي، وتوضيح الخطة للأسرة. كما أن المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية تحظر إنهاء حياة المريض الميؤوس من شفائه ولو طلب ذلك المريض أو ذووه؛ وهو ما يوجب التمييز النظامي الواضح بين التسكين المشروع وتعمد إنهاء الحياة. [5، 14]

القرار المهني الموزون. تزاد جرعات المسكنات تدريجيًا بما يتناسب مع شدة الألم وضيق التنفس، مع المراقبة والتوثيق. ويشرح للأسرة أن الغرض هو السيطرة على المعاناة، وأن العلاج المهني المتناسب يختلف جوهريًا عن القتل الرحيم.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

وهذه مواقف تتكرر في الممارسة اليومية، لا تحتاج تحليلًا مطولًا بقدر ما تحتاج جوابًا حاسمًا بضابطه:

أنبوب التغذية في الخرف المتقدم. تُصر الأسرة على تركيبه خشية «تجويع» المريضة، وضعفُ البلع من تقدم المرض نفسه. والأنبوب تدخل طبي يُقيَّم بمنفعته لا يُركَّب تلقائيًا: ففي الخرف المتقدم لا يمنع غالبًا دخول الطعام والإفرازات إلى الرئة، ولا يحسّن المآل العام، وقد يستلزم تقييد المريضة لمنع نزعه. فإذا غلب عدم النفع فالخطة: عناية بالفم، وترطيب الشفتين، وتغذية فموية آمنة قدر الإمكان، وتخفيف العطش والانزعاج. وتفصيل المسألة في الفصل الرابع والأربعين.

المريض يطلب ألا يُخبَر بتشخيصه. حقه في المعرفة يشمل حقه في تفويض غيره بتلقيها. يُسجَّل الطلب، ويُحدَّد من عيّنهم لتلقي المعلومات ومدى ما يُبلَّغون به، ويُعاد عرض المعرفة عليه عند كل قرار كبير؛ لأن الإذن المستنير لا يستقيم مع جهل تام بما يُقرَّر. أما حجب الحقيقة عنه بطلب الأسرة وحدها، أو تضليله، فلا يجوز.

الأسرة تطلب نقل المريض بعد صدور أمر عدم الإنعاش. لا يُقابَل الطلب برفض ولا بتخلٍّ.

تُوحَّد الرسالة الطبية أولًا ويُتحقق من أن الخلاف حقيقي لا سوء فهم، ثم يُطلب رأي طبي ثانٍ، وتُحال الحالة إلى لجنة الأخلاقيات إن بقي النزاع. فإن وُجدت جهة تقبل استقباله وكان النقل آمنًا طبيًا فلا مانع منه، مع استمرار علاج الأعراض والرعاية كاملة إلى حين إتمامه.

استعادة المريض أهليته بعد قرار اتُّخذ نيابةً عنه. يسقط القرار النيابي باستعادة الأهلية، وتُعاد الخيارات على المريض نفسه لا على من مثّله، ويُوثَّق قراره الجديد وحدود التصعيد المعدّلة، ويُبلَّغ الفريق والمناوبات والأقسام. فبقاء أمر قديم نافذًا في السجل بعد تغيّر الحال من أكثر أسباب التنفيذ الخاطئ لأوامر نهاية الحياة.

طلب المريض أو أسرته تعجيل الوفاة. الطلب في الغالب مؤشر على معاناة لم تُعالَج: يُستكشف سببه -ألم غير مسيطر عليه، أو ضيق تنفس، أو اكتئاب، أو خوف من أن يكون عبئًا على أهله -ويُعالَج ما أمكن. ويُبيَّن بوضوح أن إنهاء الحياة محظور شرعًا ونظامًا ومهنيًا ولو بطلب المريض أو ذويه، وأن المتاح هو التسكين المتناسب والرعاية التلطيفية. وتفصيله في الفصل السادس والأربعين.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. مريض مسجل له أمر عدم إنعاش، أصيب في اليوم التالي بالتهاب رئوي مع نقص أكسجين، فاقترح زميل عدم إعطاء المضاد الحيوي والأكسجين «لأن لديه أمر عدم إنعاش». ما التصرف الصحيح؟

أ) يُقبل الاقتراح لأن أمر عدم الإنعاش يشمل الامتناع عن كل تدخل جديد

ب) يُعطى المضاد والأكسجين ما داما نافعين، فأمر عدم الإنعاش يتعلق بما يُفعل عند توقف القلب أو التنفس فقط، وكل حد آخر يحتاج أمرًا مستقلًا

ج) يُلغى أمر عدم الإنعاش تلقائيًا بمجرد ظهور مرض جديد

د) تُسحب التدخلات القائمة كلها حتى لا يتعارض العلاج مع الأمر

2. طالبت أسرة بإنعاش مريض قرر الفريق أنه غير ملائم طبيًا. ما الأسلوب المهني الصحيح؟

أ) يُسأل الأهل: «هل تريدون أن نتركه يموت؟» ليتحملوا القرار

ب) يُنفَّذ طلب الأسرة تجنبًا للنزاع

ج) يُكتفى بتسجيل رفض الفريق في الملف دون مناقشة

د) يُبيَّن أن الفريق لا يوصي بالإجراء لأنه لن يحقق هدفه، مع بيان ما سيستمر من علاج وراحة، وتوثيق التوصية ومسار المراجعة

3. ما الذي تقرره فتوى اللجنة الدائمة رقم 12086 على وجه الدقة؟

أ) جواز سحب كل علاج قائم عن كل مريض لا يُرجى شفاؤه بموافقة الأسرة

ب) أنه لا حاجة إلى استخدام آلات الإنعاش إذا كان الإنعاش القلبي الرئوي غير مجدٍ بتقدير ثلاثة أطباء مختصين ثقات في صور محددة، ولا تُنقل آليًا إلى سحب تغذية أو تهوية قائمة عن مريض حي

ج) وجوب الإنعاش في كل حال ما لم يرفضه الولي كتابةً

د) جواز رفع الأجهزة عن كل من فقد وعيه ولو لم تثبت وفاته

4. مريض لا يُرجى شفاؤه انتقل إلى الرعاية المتمحورة حول الراحة، فقلّت زيارات الفريق له وتأخر علاج ألمه بحجة أن «العلاج انتهى». كيف تقوّم هذا في ضوء قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي في التداوي؟

أ) هو تصرف صحيح، فالتداوي غير واجب لمن لا يُرجى شفاؤه

ب) هو تصرف مقبول إن وافقت الأسرة على تقليل الزيارات

ج) القرار يوجب الاستمرار بكل تدخل متاح تقنيًا، فيجب إعادة التصعيد

د) هو تقصير، فالقرار يوجب الدأب في رعاية المريض وتخفيف آلامه النفسية والبدنية بصرف النظر عن توقع الشفاء

5. اقترح مقيم سحب التهوية عن مريض في العناية المركزة قائلًا: «لا أظنه سيتحسن»، ولم يُستكمل التشخيص ولم يُطلب رأي مختص. أي القواعد تمنع هذا التصرف، وما مقتضاها؟

أ) «المشقة تجلب التيسير»، ومقتضاها تخفيف الأعباء عن الفريق والأسرة

ب) «الوسائل لها أحكام المقاصد»، ومقتضاها أن الجهاز مباح لذاته فيجوز رفعه متى شاء الفريق

ج) «اليقين لا يزول بالشك»، ومقتضاها ألا يُسحب تدخل داعم للحياة على مجرد انطباع، بل بعد التحقق من التشخيص واستبعاد القابل للعكس ورأي المختصين والمعايير المعتمدة

د) «الأمور بمقاصدها»، ومقتضاها أن حسن نية المقيم يكفي لتسويغ السحب

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) د • 3) ب • 4) د • 5) ج

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. Oxford University Press; 2019.

[2] World Medical Association. Declaration of Venice on End of Life Medical Care. Revised Oct 2022. المصدر الرسمي

[3] المجلس الصحي السعودي. الدليل الوطني لحالات عدم الإنعاش؛ القرار رقم 64/3 وتاريخ 1434/3/1هـ؛ إصدار 14 جمادى الآخرة 1438هـ/13 مارس 2017م. المصدر الرسمي

[4] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش؛ 8–13 صفر 1407هـ/11–16 أكتوبر 1986م. المصدر الرسمي

[5] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مزاولة المهن الصحية؛ المرسوم الملكي م/59 وتاريخ 1426/11/4هـ. المصدر الرسمي

[6]Chang DW, et al. Evaluation of time-limited trials among critically ill patients with advanced medical illnesses. JAMA Intern Med. 2021;181:786–794. DOI

[7]World Health Organization. Palliative care. Fact sheet. 5Aug 2020. المصدر الرسمي

[8] المجلس الصحي السعودي، المركز الوطني للسرطان. Palliative Care Guidelines. 2019. المصدر الرسمي

[9] وزارة الصحة السعودية والمركز السعودي لسلامة المرضى. الدليل السعودي للإذن الطبي. 12 ربيع الآخر 1441هـ/9 ديسمبر 2019م. المصدر الرسمي

[10]SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. JAMA. 1995;274:1591–1598. DOI

[11]Mobeireek AF, et al. Communication with the seriously ill: physicians' attitudes in Saudi Arabia. J Med Ethics. 1996;22:282–285. DOI

[12] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي؛ 7–12 ذي القعدة 1412هـ/9–14 مايو 1992م. المصدر الرسمي

[13] اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. الفتوى رقم 12086 وتاريخ 1409/6/30هـ بشأن أحوال عدم إجراء الإنعاش؛ بياناتها مثبتة في الدليل الوطني [3].

[14] وزارة الصحة/الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية؛ الإصدار الثالث 1440هـ–2019م؛ القرار الوزاري 4080489 وتاريخ 1439/1/2هـ. المصدر الرسمي

[15]Felemban H, et al. Knowledge, attitudes, and applied practices regarding DNAR among healthcare workers in Aljouf, Saudi Arabia. Resusc Plus. 2026;30:101411. DOI

[16]Sanders JJ, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. J Clin Oncol. 2024;42:2336–2357. DOI

التوجيهات الطبية المسبقة

Chapter 40 -Advance Directives

التوثيق وسيلة لاستمرار الرعاية ومنع ضياع صوت المريض بين الفرق،

لا دفاعًا قانونيًا فحسب.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

سيأتيك مريض فقد قدرته على الكلام أو الوعي، وأمامك قرار لا يحتمل التأجيل، وحولك أسرة مختلفة. عندها تسأل: **من يتكلم باسم هذا المريض؟**

والتخطيط المسبق للرعاية ليس استمارة تُوقَّع لرفض أجهزة بعينها؛ بل **حوار متجدد** يساعد الشخص -حال أهليته -على فهم مسار مرضه، وتحديد قيمه وأهدافه والنتائج التي يعدّها مقبولة. ثم يختار من يريد إشراكه، ويراجع ذلك عند تغير المرض.[1] فالمحادثة عن المعنى والهدف **أسبق** من سؤال تقني منعزل مثل: «هل تريد الإنعاش؟».[2]

قاعدة تحفظها: الوثيقة لا تتقدم على المريض المؤهل، والأسرة لا تتقدم على تقييم أهليته، والتوجيه لا يتقدم على فهم الحالة التي صدر من أجلها، والطوارئ لا تتوسع خارج ضرورتها، ولا يساوي عدم بدء تدخل غير نافع ترك المريض أو إنهاء حياته.

مصطلحات لا يصح الخلط بينها

- **التخطيط المسبق للرعاية:** حوار متجدد حول القيم والأهداف -عملية مستمرة لا نموذجًا منفردًا.
- **التوجيه الطبي المسبق:** تعبير صدر حال الأهلية عما يريده الشخص عند فقدها -وهو **دليل على الإرادة يحتاج تحققًا وتفسيرًا**.
- **الوصية الحية:** مصطلح قانوني أجنبي لا يُفترض أثره محليًا.[3، 4]
- **تعيين ممثل:** الممثل **أمين على الإرادة والمصلحة لا مالك للقرار**.
- **الأمر الطبي (كأمر عدم الإنعاش):** قرار سريري حالي عند توقف القلب أو التنفس،

ولا يعني رفض بقية العلاج.

• **الحكم البديل:** تقدير ما كان **المريض نفسه** سيختاره -وليس تفضيل الممثل الشخصي.[5]

• **المصلحة الفضلى:** تقدير منفعة المريض عند تعذر معرفة إرادته -وليست إطالة الحياة بأي ثمن ولا راحة الأسرة.

و انتبه: في السياق السعودي لا تُنقل تلقائيًا القوة القانونية المقررة للوصية الحية أو الوكيل الصحي في بعض الدول. فالتوجيه يُقرأ داخل أحكام **الرضا والأهلية والتمثيل ومصلحة المريض والاستطباب والطوارئ والسياسات النافذة.**[4]

الأهلية: بو ابة القرار

يقوم تقييم الأهلية على أربع قدرات: **الفهم**، **والتقدير**، **والموازنة**، **والتعبير** عن اختيار يمكن فهمه ومتابعته، وتفصيل تقويم الأهلية في الفصل الخامس.[6، 7] ولا يكفي لانتفائها كبر السن، ولا الخرف المشخص بلا تقييم وظيفي، ولا شدة المرض، ولا **مخالفة رأي الطبيب**، ولا فقد الكلام أو الحركة. وقبل الحكم بفقدها تُعالج الأسباب القابلة للعكس متى سمح الوقت (كالهذيان ونقص الأكسجة والألم والدواء)، وتُوفَّر وسائل الاتصال المساعدة، ويُختار وقت أكثر صفاءً.[8]

ولا ينتقل القرار لمجرد دخول العناية المركزة أو حضور الأسرة، بل بعد ثبوت عجز المريض عن **القرار المحدد** وتعذر استعادة قدرته في الوقت المتاح.

كيف تزن التوجيه السابق؟

يزداد وزنه إذا صدر حال تمام الأهلية، وكان واضحًا محددًا موثقًا، وحديثًا نسبيًا، ومنطبقًا على الحالة، ولم يثبت الرجوع عنه. **ويضعف** إذا كان عامًا أو قديمًا أو صدر في سياق مختلف.[3]

مثال يوضح الفرق: قول المريض «لا أريد دعمًا طويلًا إذا استحال استعادة الوعي» لا يعني بالضرورة رفض تهوية قصيرة لعلاج التهاب رئوي قابل للعكس. **والعبرة بالمقصد والشرط والو اقعة، لا باجتزاء الألفاظ.**

الترتيب العملي للقرار

قرار **المريض المؤهل** أولًا؛ ثم **التوجيه السابق** الواضح والمنطبق؛ ثم **الحكم البديل** عند معرفة قيم المريض؛ ثم **المصلحة الفضلى** عند تعذر معرفتها. وتبقى

الطوارئ استثناء بقدر الضرورة. وهذا الترتيب هو الراجح عند المعاصرين في أخلاقيات الطب، وهو تنزيل لأحكام الرضا والولاية لا نصٌّ فيها.

وفي الحكم البديل يسأل الممثل: **ماذا كان هذا المريض نفسه سيختار؟** ويُستدل بتصريحاته ومعتقداته وتجربته مع المرض وموقفه من الألم والعجز. لكن دقة الممثلين محدودة حتى في الأمراض النهائية، فيُطلب أكثر من شاهد وسياق، ويُفصل بين رغبة الممثل الشخصية وإرادة المريض.[9]

وحدود الأسرة -بناء على ما قرره المجمع من حصر تصرف الولي فيما فيه مصلحة المولى عليه: لا تملك فرض تدخل **غير مستطب**، ولا طلب فعل يُقصد به إنهاء الحياة، ولا رفض علاج ضروري ظاهر المنفعة بما يُحدث ضررًا جسيمًا، ولا تغليب مصلحة مالية أو شخصية. **ولا يُحسم اختلاف أفرادها بالتصويت**؛ بل يُرجع إلى صاحب الصفة، وقوة الدليل على الإرادة، والمصلحة، والتقييم الطبي.

كذلك **لا يُفترض** أن الزوج أو الابن الأكبر أو الأكثر حضورًا أو من يدفع التكلفة هو صاحب الصفة تلقائيًا.

السلّم في مثال يمشي بك

مريض مسن مصاب بفشل قلبي متقدم وفشل كلوي مزمن على الغسيل، دخل بهبوط في الوعي بسبب إنتان بولي. الفريق يسأل: هل نُنبِّه إن ساء تنفسه؟ سِر على السلّم درجة درجة:

• **الدرجة الأولى: هل هو مؤهل الآن لهذا القرار؟** لا تفترض الجواب. عالج ما يمكن عكسه (الحمى، الأكسجة، الأدوية المهدئة)، وجرّب وقتًا أصفى. فإن تبين عجزه عن الفهم والتقدير والموازنة والتعبير **في هذا القرار بعينه** فانتقل.

• **الدرجة الثانية: هل يوجد توجيه سابق واضح منطبق؟** وجدتَ في ملاحظة عيادة قبل أشهر: «لا أريد التنبيب إن لم يُرجَ فصلي عن الجهاز». صدر حال الأهلية، وهو واضح وحديث. لكن انظر إلى **الشرط**: هو يرفض الدعم الدائم، والإنتان قابل للعكس. فالتطبيق الأمين: تنبيب كتجربة محددة المدة بمؤشرات فشل معلنة، لا رفض التهوية مطلقًا ولا تجاهل التوجيه.[10]

• **الدرجة الثالثة: لا توجيه، لكن قيمه معروفة -الحكم البديل.** تقول ابنته: «كان يقول دائمًا إنه لن يقبل الحياة على الأجهزة». اسأل: ماذا كان **هو** سيختار؟ واطلب أكثر

من شاهد وسياق؛ فدقة الممثلين محدودة، وافصل بين ما يريده الممثل وما كان المريض يريده.

• **الدرجة الرابعة: لا أحد يعرف قيمه -المصلحة الفضلى.** تُقدَّر باحتمال تحقيق التدخل لهدفه، وقابلية الحالة للعكس، والعبء والألم، وفرص استعادة الوظائف، والبدائل الأخف، والكرامة والراحة. **وليست** إطالة الحياة بأي ثمن، **ولا** ما يريح الأسرة.

وفي كل انتقال من درجة إلى التي بعدها **وثّق سبب الانتقال**: لماذا لم يكن مؤهلًا؟ ولماذا لم ينطبق التوجيه أو انطبق؟ ومن الذي شهد على قيمه؟ فهذا يصير صوت المريض محفوظًا بين الفرق والمناوبات.

الأساس الشرعي

قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7): الأصل في التداوي المشروعية، وحكمه يدور مع الحال -واجبًا إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو عضو أو عجز أو انتقال الضرر، ومندوبًا إذا أدى تركه إلى ضعف البدن، ومباحًا فيما عداهما، ومكروهًا إذا خيفت مضاعفات أشد. ويوجب في الحالات الميؤوس منها «**الدأب في رعايته وتخفيف آلامه النفسية والبدنية**» بصرف النظر عن توقع الشفاء.[11]

ونصّ القرار نفسه على اشتراط إذن المريض تام الأهلية، وأن إذن الولي عند نقص الأهلية يكون «حسب ترتيب الولاية الشرعية» محصورًا فيما فيه منفعة المَوْلِيّ عليه، وأنه «**لا يُعتدّ بتصرف الولي في عدم الإذن إذا كان واضح الضرر بالمَوْلِيّ عليه، وينتقل الحق إلى غيره من الأولياء ثم إلى ولي الأمر**»، وأن علاج الإسعاف الذي تتعرض فيه الحياة للخطر لا يتوقف على الإذن. وتفصيل الإذن وترتيب الأولياء واستثناء الطوارئ في الفصل الخامس.[11]

والقرار رقم 184 (10/19) في الإذن بالعمليات الطبية المستعجلة: لا يُعتد برفض ولي ناقص الأهلية في الحالات المستعجلة، وينتقل الحق في الإذن إلى ولي الأمر أو من ينيبه، بشروطه من الشرح والإقناع والتوثيق، وتأكد فريق لا يقل عن **ثلاثة أطباء استشاريين ليس المعالج منهم** من التشخيص والعلاج المقترح؛ وتفصيله في الفصل الخامس. **ويُطبَّق في الاستعجال الحقيقي**، ولا يُوسَّع لتجاوز إرادة المريض في قرار يمكن تأجيله بأمان.[12]

أما **القرار رقم 17 (5/3)** في أجهزة الإنعاش فهو في **تحقق الوفاة** ورفع الأجهزة بعدها، لا سندٌ عام للأسرة لوقف علاج مريض حي، ولا مساواة بين الغيبوبة أو سوء الإنذار وموت

الدماغ.[13]

والقصد حاسم: فعدم إنعاش ثبت عدم جدواه، أو إيقاف تدخل غير نافع، لا يساوي إعطاء مادة بقصد إحداث الوفاة. ولا يملك المريض ولا وليه طلب القتل الرحيم؛ لأن إرادتهما لا تجعل المحرم مباحًا، وتحريمه ثابت بنصوص حرمة النفس، وهو ما عليه عامة الفقهاء المعاصرين وهيئات الفتوى.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
مزاولة المهن الصحية (م/59)، المادة الخامسة	احترام الحياة والسلامة والكرامة
المادة الثامنة	المساعدة الممكنة للحالة الخطرة
المادة التاسعة	استهداف مصلحة المريض دائمًا
اللائحة، الفقرة (8/1)	منع عمل لا يحقق فائدة ولو بلا ضرر[14]
المادة الثامنة عشرة	التنبيه والتحذير، وتقدير الإبلاغ في الأمراض المستعصية
المادة التاسعة عشرة	الرضا أصل، والطوارئ استثناء، وحظر إنهاء الحياة[14]
حماية الطفل (م/14)، المادة السادسة عشرة	مراعاة مصلحة الطفل في كل إجراء
المادة الثانية والعشرون/1	تبليغ فوري عمن يطلع على إيذاء أو إهمال[15]

والذي أختاره في التنزيل -وهو ما تتجه إليه السياسات المعتمدة -أن التوجيه السابق ليس ملزمًا دائمًا ولا عديم القيمة؛ بل دليل على الإرادة يُقرأ مع الاستطباب ومصلحة المريض وصفة الممثل والسياسة المؤسسية، ولا ينشئ حقًا في تدخل غير مستطب.[8، 4]

ما يُقبل من التوجيهات وما لا يُقبل

التوجيه السابق دليل على الإرادة، **لا أمر ينفَّذ كما هو**. ويُعتبر بقدر صدوره حال الأهلية، ووضوحه، ومشروعية مضمونه، وانطباقه، وعدم وجود تعبير أحدث يخالفه.

يُقبل ويُعمل به	لا يُقبل أو لا يُنفَّذ كما هو
رفض تدخل مسبِّب في حالة مسماة	طلب فعل يُقصد به إنهاء الحياة
تعيين شخص يعرف قيم المريض	إلزام الفريق بتدخل غير مستطب

تحديد النتائج التي يعدّها مقبولة	توجيه يُهلك صاحبه بترك علاج واجب ظاهر النفع بلا مسوغ
رفض دعم دائم في مرض نهائي	عبارة عامة: «لا أجهزة» أو «افعلوا كل شيء»
آخر إرادة صحيحة عند تغير الرأي	وثيقة قديمة رجع عنها المريض حال أهليته

وهذا التقسيم اجتهاد في التنزيل مبني على قرارات المجمع في الإذن والتداوي وعلى قواعد الرضا والولاية. وثلاثة تنبيهات عملية:

• **العبارة العامة تُترجم لا تُنفَّذ.** «لا أريد الأجهزة» و«افعلوا كل شيء» ليستا أمرًا طبيًا، بل قرينة على قيمة؛ فتُحوَّلان إلى قرار مسبَّق -إنعاش، تنبيب، غسيل، تغذية، عدم تصعيد -ثم يُسأل عن الهدف والمدة والنتيجة المقبولة، وتُعرض توصية معللة. ولا ينشئ طلب المريض أو الأسرة استطبابًا من العدم.

• **تغيّر الواقعة يغيّر التطبيق.** رفض دعم دائم في مرض نهائي لا يساوي رفض تدخل مؤقت لسبب حاد قابل للعكس.

• **المحرم لا يبيحه الطلب.** لا يملك المريض ولا وليه طلب القتل الرحيم؛ لأن إرادتهما لا تجعل المحرم مباحًا. أما عدم بدء تدخل لم يجب أو انتفت منفعته، أو عدم الاستمرار فيه، فالراجح عند عامة المعاصرين جوازه مع استمرار الرعاية الواجبة والتلطيف.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
تحريم طلب القتل الرحيم أو تنفيذه ولو بطلب المريض أو وليه	نص قطعي	نصوص حرمة النفس؛ وعليه عامة الفقهاء المعاصرين وهيئات الفتوى
اشتراط إذن المريض تام الأهلية، وحصر تصرف الولي فيما فيه مصلحة المولى عليه	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7)[11]
عدم الاعتداد برفض الولي واضح الضرر، وانتقال الحق في المستعجل إلى ولي الأمر بشروطه	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7) ورقم 184 (10/19)[11، 12]
وجوب الدأب في رعاية الميؤوس منه وتخفيف آلامه	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7)[11]
جواز رفع الأجهزة بعد تحقق الوفاة، ولا يُتخذ سندًا لوقف علاج مريض حي	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 17 (5/3)[13]

جواز عدم بدء تدخل غير نافع أو عدم الاستمرار فيه مع استمرار الرعاية	قول راجح	الراجح عند عامة المعاصرين بناء على قرار التداوي وقاعدة «لا ضرر ولا ضرار»
التوجيه المسبق دليل على الإرادة لا أمر ينفَّذ كما هو، وترتيب مراتب القرار الأربع	اجتهاد المؤلف	تنزيل أحكام الرضا والولاية مع السياسات المعتمدة[8، 4]

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **سؤال الأسرة قبل تقييم أهلية المريض**، فيُستبعد صاحب القرار وهو حاضر - كالمريض الواعي الذي لا يستطيع الكلام.
- **تطبيق عبارة عامة** مثل «لا أريد الأجهزة» على واقعة لم تصدر من أجلها.
- **الخلط بين الغيبوبة أو سوء الإنذار وبين تحقق الوفاة الدماغية** بمعاييرها المستقلة.
- **تحميل الأسرة اختيارًا تقنيًا** بلا توصية مهنية معللة ولا تجربة محددة المدة.[10]

خلاصة عملية

سبع خطوات: **سمِّ التدخل بدقة** -إنعاش، تنبيب، غسيل، جراحة، تغذية، عدم تصعيد -ولا تستعمل «كل شيء» أو «لا أجهزة»؛ ثم **قيّم الأهلية** وعالج القابل للعكس؛ ثم **ابحث عن الإرادة السابقة واختبر قوتها**؛ ثم **حدد صاحب الصفة ومعيار القرار** ووثّق سبب الانتقال بين المراتب؛ ثم **قدّم توصية مهنية**؛ ثم **استعمل تجربة محددة المدة عند عدم اليقين**؛ ثم **وثّق وراجع**.

وليكن في سجلك: التشخيص والمآل والاستعجال، وتقييم الأهلية والأسباب القابلة للعكس، ونص التوجيه وتاريخه ومصدره ومدى انطباقه. ثم صاحب الصفة، وما شُرح من منافع ومخاطر وبدائل، والتوصية وأسبابها، وموعد إعادة التقييم. **فالتوثيق وسيلة لاستمرار الرعاية ومنع ضياع صوت المريض بين الفرق، لا دفاعًا قانونيًا فحسب.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

تحلل الحالات الثلاث الآتية بالأركان الأربعة، ثم تنتهي بقرار مشروط بإعادة التقييم؛ لأن تغير التشخيص أو قابلية العكس أو قوة الدليل على الإرادة قد يغير الحكم. ويتبعها مبحث في مواقف متكررة بأجوبة مختصرة.

الحالة الأولى: سرطان متقدم وتوجيه يرفض الدعم المطول

| **السيناريو.** مريض بسرطان رئة منتشر دوّن حال أهليته أنه يرفض الإنعاش والدعم المطول إذا استحال استعادة الوعي أو التواصل. أصيب بالتهاب رئوي قابل للعلاج وفقد وعيه، ورأى الفريق أن تهوية أيامٍ قد تعيد حالته، بينما رفضت ابنته أي «جهاز» استنادًا إلى ما كتبه.

| **الركن الطبي.** يُفصل بين المرض الأساسي والسبب الحاد القابل للعكس، ويُقدَّر احتمال الاستفاقة والفطام عن الجهاز في ضوء حالته الوظيفية قبل الالتهاب. فإن كان الاحتمال معتبرًا كانت التهوية جسرًا علاجيًا قصيرًا لا دعمًا مطولًا، وتُحدَّد مسبقًا مدة التجربة ومؤشرات نجاحها وفشلها [10].

| **الركن الأخلاقي.** التوجيه دليل على إرادة المريض يُقرأ بمقصده وشرطه لا باجتزاء ألفاظه؛ فرفض «الدعم المطول عند استحالة الوعي» لا يساوي رفض تهوية قصيرة لسبب قابل للعكس، والتطبيق الحرفي المجتزأ قد يخالف ما أراده [3]. وتُسمع ابنته بوصفها شاهدة على قيمه، لكن قراءتها للوثيقة لا تحل محل مقصده.

| **الركن الفقهي.** الأصل مشروعية التداوي، ويكون واجبًا أو مندوبًا بحسب غلبة النفع، ولا يجب تدخل انتفت منفعته؛ وذلك بنص قرار المجمع رقم 67 (5/7) [11]. ورفضه المشروط للدعم الدائم معتبر ضمن الحدود الشرعية، ولا يُعد ترك ما رفضه إعانة على الهلاك إذا كان المرض سبب الوفاة وانتفى قصد التعجيل. والذي أختاره في التنزيل أن الوثيقة تُحمل على السياق الذي صدرت من أجله.

| **الركن النظامي.** الرضا أصل في المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية، والطوارئ استثناء بقدرها [14]. ويُوثَّق تقييم الأهلية، ونص التوجيه وتاريخه، ومعنى «المطول» كما يفهمه من عرفه، وخطة التجربة ومؤشراتها، وموقف الأسرة، وفق الدليل السعودي للإذن الطبي [8].

القرار المهني الموزون. تبدأ تهوية كتجربة محددة المدة لعلاج السبب الحاد، بأهداف ومؤشرات فشل معلنة للأسرة، ولا تتحول تلقائيًا إلى دعم طويل إذا وقعت الحالة التي رفضها المريض؛ فعندها يُنتقل إلى عدم التصعيد والرعاية التلطيفية. ويُستبعد المنع المطلق للتهوية لأنه يجتزئ الوثيقة، كما يُستبعد الاستمرار المفتوح لأنه يخالفها. ويُعاد القرار عند فشل التجربة، أو ثبوت أذية غير قابلة للعكس، أو ظهور وثيقة أدق، أو استعادة الأهلية.

الحالة الثانية: نزف دماغي وغيبوبة واختلاف الأبناء

| **السيناريو.** مريض بنزف دماغي واسع وغيبوبة، إنذاره شديد السوء لكن موت الدماغ غير متحقق بمعاييره. يطلب ابنٌ كل الدعم، ويقول آخر إن والده كان يرفض البقاء «على الأجهزة بلا وعي»، ولا وثيقة مكتوبة.

| **الركن الطبي.** لا تُساوى الغيبوبة بموت الدماغ؛ فيُستكمل التقييم العصبي بعد زوال أثر المهدئات والاضطرابات الاستقلابية، مع رأي مستقل من مختص، وتُقدَّر فرص التحسن الواقعية وعبء الدعم القائم. ويُحدَّد ما إذا كان الاستمرار يحقق هدفًا علاجيًا أم يؤخر الوفاة فقط.

| **الركن الأخلاقي.** ينتقل القرار إلى المرتبة الثالثة في السلّم: الحكم البديل. فيُسأل: ماذا كان المريض نفسه سيختار؟ وتُفحص قوة تصريحاته وسياقها وتكرارها وانطباقها على هذه الحالة، ويُطلب أكثر من شاهد؛ فدقة الممثلين محدودة [9]. ولا يُحسم الخلاف بالتصويت ولا بشدة الأصوات، بل بقوة الدليل على الإرادة والمصلحة [16].

| **الركن الفقهي.** قرار المجمع رقم 17 (5/3) خاص بتحقق الوفاة ورفع الأجهزة بعدها، فلا ينطبق على مريض حي [13]. وتصرف الأولياء منوط بمصلحة المريض بنص قرار 67 (5/7)، فلا يملك أحدهم فرض تدخل غير مستطب ولا رفض ما ظهر نفعه [11]. وعدم الاستمرار في تدخل انتفت منفعته بعد استقرار سوء الإنذار جائز على الراجح عند عامة المعاصرين مع استمرار الرعاية، ولا يساوي إنهاء الحياة.

| **الركن النظامي.** يُحدَّد صاحب الصفة وفق سياسة المنشأة لا بالافتراض، ويُطلب رأي مستقل، وتُوثَّق أقوال الأسرة ومصدر المعرفة بقيم المريض، وتُفعَّل لجنة الأخلاقيات عند استمرار النزاع [14، 8].

القرار المهني الموزون. يستمر الدعم مدة تقييم محددة ومعلنة، ثم يُقرَّر عدم التصعيد أو عدم الاستمرار إذا استقر سوء الإنذار جدًا، وضعفت المنفعة، وقويت الأدلة المتماسكة على رفض المريض لهذه الحالة بعينها، مع استمرار الرعاية التلطيفية وحضور الأسرة. ويُستبعد رفع الأجهزة استنادًا إلى قرار الوفاة لأنه غير منطبق، كما يُستبعد الاستمرار المفتوح إرضاءً لأحد الأبناء. ويُعاد القرار عند تحسن عصبي، أو ظهور وثيقة، أو تحقق الوفاة بمعاييرها المستقلة.

الحالة الثالثة: تعيين ممثل صحي في توجيه مسبق وتعارضه مع رأي الأسرة

| **السيناريو.** رجل في الستين مصاب بمرض رئوي مزمن متقدم، دوّن حال أهليته توجيهًا مسبقًا موثقًا سمّى فيه زوجته ممثلًا صحيًا له، وبيّن أنه يقبل تهوية غير غازية وتجربة قصيرة، ويرفض التنبيب والدعم الدائم إن لم يُرجَ فطامه. دخل بفشل تنفسي حاد وفقد وعيه. تطالب الزوجة باحترام ما كتبه، ويعترض ابنه الأكبر وإخوته: «نحن أولياؤه شرعًا والزوجة ليست من العصبة»، ويطلبون كل التدخلات.

| **الركن الطبي.** يُحدَّد سبب التدهور الحاد وقابليته للعكس، واحتمال الفطام عن الجهاز في ضوء وظيفة رئتيه الأساسية. فإن كان الفطام مرجوًا كانت التهوية غير الغازية أو تهوية قصيرة محددة المدة داخل ما قبله المريض نفسه؛ وإن غلب أنه لن يُفطم دخلت الحالة فيما رفضه.

| **الركن الأخلاقي.** الممثل المعيَّن أمين على إرادة المريض ومصلحته لا مالك للقرار؛ فقيمة تعيينه أنه أعرف الناس بقيمه، ويُسأل عن الحكم البديل: ماذا كان المريض نفسه سيختار [9]؟ ولا يُفترض أن الابن الأكبر أو الأكثر حضورًا صاحب الصفة تلقائيًا، ولا يُحسم الخلاف بالتصويت.

| **الركن الفقهي.** اشترط قرار المجمع رقم 67 (5/7) إذن المريض تام الأهلية، وحصر تصرف

الأولياء عند نقصها فيما فيه منفعته، فلا يملكون فرض تدخل رفضه وانتفت منفعته [11]. وتعيينه لزوجته دليل معتبر على إرادته لا يُلغيه ترتيب العصبة؛ لأن المسألة هنا نقل إرادة المريض لا ولاية على ماله. والذي أختاره في التنزيل أن التوجيه وتعيين الممثل دليلان على الإرادة يُقرآن مع الاستطباب ومصلحة المريض، ولا ينشئان حقًا في تدخل غير مستطب، ولا يُسقطهما اعتراض قريب أقرب نسبًا.

| الركن النظامي. لا تُنقل تلقائيًا القوة القانونية المقررة للوكيل الصحي في بعض الدول، بل يُقرأ التعيين داخل أحكام الرضا والتمثيل والاستطباب والسياسات النافذة [4]. والرضا أصل في المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية [14]، ويُحدَّد صاحب الصفة وفق الدليل السعودي للإذن الطبي وسياسة المنشأة، مع توثيق الوثيقة وتاريخها وأقوال الأسرة [8].

القرار المهني الموزون. تُعامل الزوجة بوصفها الناقل الأول لإرادة المريض، ويُصاغ القرار من الاستطباب لا من نزاع الأسرة: تهوية غير غازية أو تجربة قصيرة معلنة المؤشرات إن رُجي الفطام، وعدم التنبيب الدائم مع رعاية تلطيفية كاملة إن لم يُرجَ. ويُستبعد تنفيذ طلب الأبناء «كل التدخلات» لأنه يفرض ما رفضه المريض وانتفت منفعته، كما يُستبعد تحويل تعيين الزوجة إلى سلطة مطلقة. ويُعقد اجتماع أسري بتوصية مهنية معللة، وتُحال الحالة إلى لجنة الأخلاقيات إن استمر النزاع. ويُعاد القرار عند استعادة الأهلية، أو ظهور دليل أحدث على إرادته، أو تغير قابلية الحالة للعكس.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف تتكرر في الممارسة، وجوابها ثابت بضابطه، ولا يحتاج إلى تحليل مطوّل بالأركان:

خرف متقدم واضطراب بلع ورفض سابق للتغذية بالأنبوب. تُعالج أولًا أسباب نقص الطعام القابلة للعكس، ولا يُركَّب الفغر لمجرد اضطراب البلع؛ فالأدلة لا تثبت في الخرف المتقدم إطالةً للبقاء ولا منعًا للشفط ولا تحسينًا للراحة، ويستمر الإطعام اليدوي الحريص والعناية بالفم وعلاج الأعراض. الضابط: رفض «العيش على الأنابيب» ليس رفضًا للطعام الطبيعي، ولا يُفرض عمل انتفت منفعته؛ وتفصيله في الفصل الرابع والأربعين.

فاقد وعي في الطوارئ بلا ممثل وتدخل منقذ. يُجرى التدخل الضروري فورًا؛ فالضرورة تقرر أن إنقاذ الحياة لا يتوقف على الإذن، ويوثَّق فقد الوعي وخطر التأخير وتعذر الوصول إلى الممثل وسبب اختيار التدخل. ولا يمتد الاستثناء إلى القرارات اللاحقة؛ فبعد الاستقرار تعاد الأهلية ويُبحث عن الأسرة وعن أي توجيه سابق. الضابط: الطوارئ استثناء بقدرها لا بابٌ مفتوح.

عبارة «لا أريد الأجهزة» أو «افعلوا كل شيء». لا تُنفَّذ أي منهما كما هي؛ بل تُترجم إلى قرار مسمّى: إنعاش، أو تنبيب، أو غسيل، أو تغذية، أو عدم تصعيد، ثم يُسأل عن الهدف واحتمال النجاح والمدة والنتيجة المقبولة، وتُعرض توصية مهنية معللة. الضابط: العبارة العامة قرينة على قيمة لا أمرٌ طبي، ولا ينشئ طلب المريض أو الأسرة استطبابًا من العدم.

الخلط بين أمر عدم الإنعاش ورفض بقية العلاج. أمر عدم محاولة الإنعاش يحكم لحظة توقف

القلب أو التنفس وحدها؛ فيستمر معه المضاد الحيوي والغسيل والتهوية المؤقتة والرعاية التلطيفية الكاملة بحسب الاستطباب، ويُصحَّح في السجل كل تعميم يُفهم منه غير ذلك. الضابط: قرارٌ محدود لا يُحوَّل إلى وصف عام لتخفيض الرعاية؛ وتفصيله في الفصل الحادي والأربعين.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. مريض واعٍ يفهم ويوازن لكنه لا يستطيع الكلام بعد سكتة دماغية. من صاحب القرار؟

أ) الابن الأكبر لأنه الأقدر على التعبير

ب) الطبيب المعالج لأن التواصل متعذر

ج) المريض نفسه، وتُوفَّر له وسيلة اتصال تناسبه، فالأهلية لا تنتفي بفقد الكلام

د) لجنة الأخلاقيات لأن الحالة معقدة

2. مريض فاقد الأهلية بلا توجيه مكتوب. قالت ابنته إنه «كان يرفض دائمًا الحياة على الأجهزة»، وقال ابنه إنه لا يعرف رأيه، وطلب زوجها الاكتفاء برأي الطبيب. على أي معيار يُبنى القرار وكيف؟

أ) الحكم البديل: يُسأل ماذا كان المريض نفسه سيختار، ويُطلب أكثر من شاهد وسياق لتصريحاته، ويُفصل بين رغبة الممثل وإرادة المريض، ويُوثَّق مصدر المعرفة

ب) المصلحة الفضلى مباشرة لأن الشهادات متعارضة

ج) رأي الابنة وحده لأنها أكثر معرفة به

د) تصويت الحاضرين من الأسرة

3. مريض بالغ فاقد الأهلية بعد إصابة دماغية قابلة للتحسن، يحتاج جراحة واضحة المنفعة، ورفض أخوه -وهو وليه الحاضر- الإذن بلا مسوغ طبي، وتبيّن أن له مصلحة مالية في ذلك. ما مقتضى قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي في التداوي؟

أ) يُنفَّذ رفض الأخ لأنه صاحب الولاية الحاضر

ب) لا يُعتد برفضه لأنه واضح الضرر بالمولى عليه، وينتقل الحق إلى غيره من الأولياء ثم إلى ولي الأمر، مع التوثيق

ج) يُنتظر حكم قضائي بالحجر قبل أي خطوة ولو تضرر المريض بالتأخير

د) ينتقل الحق مباشرة إلى الطبيب المعالج ليأذن لنفسه

4. رفض ولي مريض ناقص الأهلية الإذن بعملية مستعجلة، فقال الجراح المعالج: «سأوثق رفضه وأمضي في العملية بمفردي استنادًا إلى قرار المجمع». ما الخلل في تصرفه؟

أ) لا خلل، فالطبيب المعالج هو المخول بتقدير الاستعجال والمضي

ب) الخلل أنه لم يأخذ موافقة اثنين من أقارب المريض بدلًا من الولي

ج) الخلل أنه لم يعلّق التدخل حتى يصدر إذن قضائي، وهو شرط في كل حالة

د) الخلل أن القرار يشترط الشرح والإقناع والتوثيق، وتحقق فريق لا يقل عن ثلاثة استشاريين ليس المعالج منهم، وإعداد محضر وإبلاغ الإدارة، فلا يكفي انفراده

5. في ملف مريض وثيقة قديمة تنص على رفض التنبيب. قبل يومين، وهو كامل الأهلية، قال للفريق صراحةً: «غيّرت رأيي، أريد أن تحاولوا». الآن فقد وعيه. بأيهما يُعمل؟

أ) بالوثيقة، لأن المكتوب مقدم على الشفهي

ب) بالوثيقة، لأن الرجوع الشفهي لا يُعتد به إلا بتوقيع شاهدين

ج) بآخر إرادة صحيحة صدرت حال الأهلية، وهي القول الأحدث، مع توثيق الرجوع ومن سمعه وسياقه

د) يُترك القرار للأسرة لأن الأدلة متعارضة

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) أ • 3) ب • 4) د • 5) ج

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. The Lancet Oncology. 2017;18(9):e543–e551. DOI

[2] Ariadne Labs. Serious Illness Conversation Guide. Serious Illness Care Program. الرابط

[3] Fagerlin A, Schneider CE. Enough: the failure of the living will. Hastings Center Report. 2004;34(2):30–42. DOI

[4] Hussein G, Adlan A. Advance directives in Saudi Arabia: an Islamic approach and practical implications. In: Cheung DST, Dunn M, eds. Advance Directives Across Asia. Cambridge University Press; 2023:293–309. DOI

[5] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. Oxford University Press; .2019

[6] Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. New England Journal of Medicine. 2007;357(18):1834–1840. DOI

[7] Grisso T, Appelbaum PS. Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals. Oxford University Press; .1998

[8] وزارة الصحة السعودية والمركز السعودي لسلامة المرضى. الدليل السعودي للإذن الطبي، الطبعة الأولى، 1440هـ/2019م. المصدر الرسمي

[9]Sulmasy DP, Terry PB, Weisman CS, et al. The accuracy of substituted judgments in patients with terminal diagnoses. Annals of Internal Medicine. 1998;128(8):621–629. DOI

[10]Quill TE, Holloway R. Time-limited trials near the end of life. JAMA. 2011;306(13):1483–1484. DOI

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ/9–14 مايو 1992م. المصدر الرسمي

[12] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 184 (10/19) بشأن الإذن في العمليات الطبية المستعجلة، الدورة التاسعة عشرة، الشارقة، 1–5 جمادى الأولى 1430هـ/26–30 أبريل 2009م. المصدر الرسمي

[13] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش، الدورة الثالثة، عمّان، 8–13 صفر 1407هـ/11–16 أكتوبر 1986م. المصدر الرسمي

[14] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية، المرسوم الملكي رقم م/59 وتاريخ 1426/11/4هـ، وقرار مجلس الوزراء رقم 276 وتاريخ 1426/11/3هـ. المصدر الرسمي

[15] المملكة العربية السعودية. نظام حماية الطفل، المرسوم الملكي رقم م/14 وتاريخ 1436/2/3هـ، المعدل بالمرسوم الملكي رقم م/72 وتاريخ 1443/8/6هـ. المصدر الرسمي

[16]Supreme Court of the United States. Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 497U.S. 261(1990). الرابط

الإنعاش القلبي الرئوي وقرار عدم محاولة الإنعاش

Chapter 41 -CPR and Do-Not-Attempt-Resuscitation Orders

لا يعد القرار قتلًا ما دام سبب الوفاة هو المرض وتستمر الرعاية.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

في مناوبتك الأولى في القسم الداخلي سيسألك المقيم الأقدم سؤالًا مباشرًا: «هذا المريض، هل هو إنعاش كامل؟» ولن يكون أمامك وقت طويل للتفكير. والخطأ الذي يقع فيه أكثر الطلاب أنهم يظنون الجواب رأيًا شخصيًا في حياة المريض، وهو في الحقيقة **حكم على قدرة إجراء معين على تحقيق هدف معين لدى هذا المريض بعينه**.

وهذا الفصل يعلّمك أمرين تحتاجهما فعلًا: كيف يُتَّخذ قرار عدم محاولة الإنعاش، وكيف يُوثَّق. أما معيار الجدوى وحدوده العامة ففي فصل «جدوى العلاج»، وأهداف الرعاية والتسكين في فصل «الرعاية التلطيفية»، وإثبات الوفاة في فصل «الموت الدماغي».

المفاهيم الأساسية

الإنعاش القلبي الرئوي ليس إجراءً واحدًا مضمون النتيجة، بل حزمة تدخلات: التعرف السريع إلى التوقف، والضغطات الصدرية، وتأمين مجرى الهواء والتهوية، وإزالة الرجفان عند وجود نظم قابل للصدمات، وأدوية الإنعاش، ومعالجة الأسباب القابلة للعكس، ثم رعاية لاحقة قد تستلزم دعمًا مطولًا في العناية المركزة.

وعودة النبض ليست نجاة. بين استعادة الدورة الدموية التلقائية، والبقاء في المرحلة الحادة، والنجاة حتى الخروج من المستشفى، والنجاة العصبية والوظيفية المقبولة، والنجاة طويلة المدى -مسافات تتساقط عندها نسب كبيرة من المرضى. فلا تصف الإنعاش بنجاح ولا بفشل قبل أن تحدد أي نتيجة تقصد.[1، 2]

وقرار عدم محاولة الإنعاش أمر طبي مكتوب موثق، يقضي بعدم البدء بالمحاولة عند حدوث التوقف. وأثره ينحصر في ذلك وحده: **لا يعني** وقف التسكين ولا الأكسجين ولا الرعاية التمريضية، ولا وقف مضاد حيوي أو سوائل أو تغذية، ولا خفض المتابعة،

ولا ترك المريض وحيدًا عند الاحتضار. فكل علاج خارج المحاولة يحتاج قرارًا مستقلًا.

ثلاث درجات لا تخلط بينها: عدم الجدوى الطبية عجز التدخل عن تحقيق هدفه الطبي المباشر -وهو حكم فني يوصف به التدخل لا المريض. و**ضآلة المنفعة** احتمال منخفض جدًا لا معدوم، وهي منطقة رمادية تعالَج بقرار مشترك أو تجربة علاجية محددة المدة. و**عدم التناسب** رجحان الأضرار والأعباء على المنفعة المتوقعة.[3، 4]

وميّز كذلك بين قرار عدم الإنعاش وبين **عدم التنبيب** (فقد يجتمع قرار عدم إنعاش مع قبول تنبيب مؤقت لحالة قابلة للعكس)، و**سقف العلاج** (وهو أوسع، ويشمل النقل إلى العناية المركزة والغسيل الكلوي)، و**وقف علاج قائم** (وهو إنهاء تدخل بدأ فعلًا، ويحتاج تقييمًا مستقلًا). وميّزه أيضًا عن **موت الدماغ** (فهو تشخيص وفاة، بينما مريض عدم الإنعاش حيٌّ له كل حقوق الأحياء)، وعن **القتل الرحيم**.

القواعد الحاكمة

- الحكم يتبع قدرة الإجراء على تحقيق مقصده لدى هذا المريض بعينه، لا قيمة حياته ولا انطباع الفريق عنها.
- عودة النبض ليست نجاة.
- أثر القرار محصور في عدم مباشرة المحاولة عند التوقف، وما سواه يحتاج قرارًا مستقلًا.
- **الأصل عند غياب قرار صحيح ومتاح هو البدء بالإنعاش.**

وهذه القاعدة الرابعة هي التي تنجيك في الطوارئ. فلا يكفي للامتناع: تقدم العمر، ولا الإعاقة، ولا غياب الأسرة، ولا الكلفة، ولا انطباعك عن جودة حياة المريض، ولا أمر شفهي غير موثق، ولا ازدحام المنشأة.[2]

متى يُشرع الإنعاش، بل يجب؟

قبل أن تتعلم متى «لا» تبدأ، تعلّم متى يجب أن تبدأ. يرتفع استطباب الإنعاش كلما كان التوقف **مفاجئًا وسببه قابلًا للعلاج**: نظمٌ قابل للصدمات (الرجفان البطيني وتسرع القلب البطيني عديم النبض)، أو نقص أكسجة حاد، أو اضطراب أملاح، أو تسمم، أو خثرة قابلة للتدخل. وينخفض إذا كان التوقف هو **المرحلة الأخيرة لمرض نهائي أو فشل أعضاء متعدد**.

اسأل نفسك عند كل مريض ثلاثة أسئلة: ما سبب التدهور الحالي؟ هل هو قابل

للعكس؟ وما النتيجة الواقعية المتوقعة إن نجحت المحاولة -عودة نبض فقط، أم نجاة بوظيفة مقبولة؟ فإذا كان الجواب: سبب حاد قابل للعلاج مع فرصة معقولة للتعافي، فالإنعاش مشروع وقد يكون واجبًا، ولا يُترك لمجرد أن المريض مسن أو معاق أو «نهائي».

الأساس الشرعي

تدل نصوص الشريعة على حرمة النفس ووجوب حفظها: ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾، ﴿وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ﴾. فالإنعاش مشروع، وقد يجب، إذا كان التوقف مفاجئًا وسببه قابلًا للعلاج وغلب على الظن نفع التدخل؛ وهذا مقتضى قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي في التداوي حين يفضي الترك إلى تلف النفس. لكن الوسيلة تأخذ حكم مقصدها **بقدر قدرتها على تحقيقه**؛ فإذا ثبت أن المحاولة لا تعالج سبب التوقف ولا تحقق نجاة معتبرة لم تبق واجبة بمجرد إمكانها تقنيًا، وهو ما قررته فتوى اللجنة الدائمة الآتية وعليه عامة المعاصرين. وحكم التداوي نفسه -بحسب قرار المجمع رقم 67 (5/7) -يتغير بحسب الحال: واجبًا، ومستحبًا، ومباحًا، وجائز الترك، ومحظورًا إذا قُصد به الإضرار أو إنهاء الحياة، وتفصيله في فصل «الإطار العام».[5، 6]

والمرجع الشرعي السعودي المؤسس في المسألة هو **فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء رقم (12086)**، المنشورة في «فتاوى اللجنة الدائمة» الجزء الخامس والعشرين، الصفحات 78–80، وقد ورد الاستفتاء إليها برقم (1508) وتاريخ 1409/3/28هـ. وأجازت اللجنة عدم استعمال جهاز الإنعاش في **ست صور**، وعلّقت الصور الخمس الأخيرة منها كلها على **تقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات**. وهذا جدولها لتحفظه:[7]

الصورة	حاصلها	انتبه
الأولى	وصل المستشفى وهو متوفى	ليست قرارًا لمريض حي
الثانية	حالته غير صالحة للإنعاش	وصف للإجراء لا للشخص
الثالثة	مرض مستعصٍ والموت محقق	غلبة ظن، لا علم بوقت الموت
الرابعة	عجز أو خمول ذهني مع مرض مزمن متقدم وتكرار التوقف	لا تُقتطع للتمييز
الخامسة	تلف دماغي مستعصٍ على العلاج	غير الغيبوبة المبكرة
السادسة	إنعاش غير مجدٍ وغير ملائم	لا يلتفت إلى رأي الأولياء

ونصت اللجنة في الصورة السادسة على أنه «لا يلتفت إلى رأي أولياء المريض في وضع آلات الإنعاش أو رفعها، لكون ذلك ليس من اختصاصهم».[7] والأقرب عندي في فهم هذا النص أنه **لا يعني إقصاء الأسرة**؛ بل يعني أن طلبها لا يحوّل تدخلًا غير مستطب إلى علاج واجب، مع بقاء واجب الشرح والاستماع ومعالجة الاعتراض. كما أن الفتوى تناولت صور عدم الصلاحية وعدم الجدوى، والذي أختاره أنها **لا تُجعل نصًا شاملًا لرفض المريض المؤهل**؛ فتلك مسألة مستقلة تُبنى على اشتراط إذن المريض.

وانتبه إلى ثلاثة قيود في قراءة الفتوى. الأول: أن اشتراط الثلاثة يقصد به تعدد التقييم المستقل لا جمع توقيعات شكلية. والثاني: أن لفظ «العجز» أو «الخمول الذهني» في الصورة الرابعة **مقيَّد** باقتران المرض المزمن المتقدم بتكرار توقف القلب والرئتين، فلا يُقتطع ليصير ذريعة تمييز ضد ذوي الإعاقة أو الخرف. والثالث: أن «التلف الدماغي المستعصي» غير الغيبوبة المبكرة.

لا تخلط: قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 17 (5/3) في أجهزة الإنعاش يتعلق بمعايير **تحقق الوفاة** ورفع الأجهزة بعد ثبوتها، ولا يصلح نصًا مباشرًا لقرار عدم الإنعاش؛ لأن مريض هذا القرار حي، والقرار يتعلق بتوقف محتمل مستقبلًا.[8]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
السياسة الوطنية لحالات عدم الإنعاش	تضبط الإصدار والتنفيذ والمراجعة
مزاولة المهن الصحية، المادة الثامنة	واجب المساعدة في الحالة الخطرة
المادة التاسعة	استهداف مصلحة المريض
المادة السابعة عشرة	طلب الاستشارة عند الحاجة
المادة التاسعة عشرة	الرضا، والاستثناء الإسعافي، وحظر إنهاء الحياة
المادة السادسة والعشرون	بذل عناية يقظة لا ضمان نتيجة
المادة السابعة والعشرون	التعويض عن الخطأ المهني الضار
نظام حماية الطفل	مصلحة الطفل الفضلى، وولاية مقيَّدة
نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	حظر التمييز، وتيسير التواصل

واعلم أن «**السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش (توقف القلب والتنفس)**» اعتُمدت بقرار المجلس الصحي السعودي رقم (64/3) وتاريخ 1434/3/1هـ، ونُشرت نسختها المتداولة عام 2017م. ويُشار فيها إلى فتوى اللجنة الدائمة برقم

(3702/أ1) وتاريخ 1437/11/11هـ إلى جانب الفتوى (12086).[9] ونظام مزاولة المهن الصحية صادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ[10] وتنص المادة التاسعة عشرة على أنه «لا يجوز بأي حال من الأحوال إنهاء حياة مريض ميؤوس من شفائه طبيًا، ولو كان بناءً على طلبه أو طلب ذويه» -وقرار عدم الإنعاش المشروع ليس إنهاءً للحياة؛ لأن سبب الوفاة هو المرض، ولم تُستخدم وسيلة بقصد إحداث الموت، واستمرت الرعاية النافعة.[6، 10]

من يقرر؟ ومن يوقّع؟

هنا يقع خلط كثير بين ثلاثة أدوار، فافصل بينها:

• **الفريق الطبي يقرر الاستطباب والجدوى.** تشترط الفتوى **ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات**، وتضبط السياسة الوطنية عددهم وصفاتهم -وهم كما يفصّله فصلا «الإطار العام» و«جدوى العلاج»: **الاستشاري المعالج وطبيبان لا تقل درجتهما عن اختصاصي**، مطلعون على الحالة فعلًا، مع التوقيع والتوثيق. والمقصود **تعدد التقييم المستقل** لا جمع توقيعات؛ ولا يصدر القرار من مقيم وحده، ولا بأمر شفهي عبر الهاتف، ولا من طبيب مناوب لا يعرف المريض.[7، 9]

• **المريض المؤهل يقرر لنفسه** داخل البدائل المستطبة، بمقتضى اشتراط إذن المريض في قرار المجمع في التداوي: فله رفض الإنعاش بعد إفصاح كافٍ، ويُوثَّق رفضه بأهليته وفهمه ونطاقه وفق الدليل السعودي للإذن الطبي.[11] لكنه **لا يستطيع إلزامك بتدخل غير مستطب**.

• **الأسرة شريك في الحوار وناقل لقيم المريض**، وتُشرك في تقدير التناسب في المنطقة الرمادية لأنه يتصل بقيم المريض. أما تقرير عدم الجدوى فحكم طبي **تُبلَّغ به ولا تُحمَّل مسؤوليته**. وولي الطفل ولايته مقيدة بمصلحته؛ فلا يفرض تدخلًا غير مجدٍ، ولا يمنع تدخلًا منقذًا بلا مسوغ.[12]

قاعدة الطوارئ تبقى فوق كل ذلك: ما لم يكتمل القرار بعدده وصفته وتوثيقه، فليس هناك قرار، والأصل عند التوقف هو **البدء بالإنعاش الكامل**.

كيف يُبنى القرار عمليًا؟

• **قيّم الحالة طبيًا:** التشخيص والمرحلة وسبب التدهور الحالي وقابليته للعكس.

• **استبعد الأسباب القابلة للعكس:** نقص الأكسجة، ونقص الحجم، واضطرابات

الأملاح والاستقلاب، وانخفاض الحرارة، والتسمم، واسترواح الصدر الضاغط، واندحاس القلب، والخثار.[1]

- **حدّد أهداف الرعاية وسقف العلاج** قبل أن تسأل عن الإنعاش.
- **حدّد أساس القرار بوضوح:** عدم استطباب، أو عدم جدوى، أو عدم تناسب، أو رفض مريض مؤهل.
- **قيّم الأهلية**، ثم استوفِ عدد الأطباء وصفاتهم وفق الفتوى والسياسة.
- **ناقش المريض أو الأسرة** بتوصية مهنية واضحة، ثم وثّق، ثم أبلغ الفريق، ثم راجع.

والتوثيق هو موضع الفصل: يجب أن يظهر في السجل أساس القرار، ونطاقه، وموقف التنبيب والعناية المركزة، والعلاجات المستمرة، وأسماء المعتمدين، وموعد المراجعة. والقرار **ليس دائمًا**؛ يُراجَع عند تغير التشخيص أو تحسن الحالة أو تغير رغبة المريض أو الانتقال بين الأقسام أو قبل الجراحة والتخدير -ولا يُعلَّق تلقائيًا قبل الجراحة من غير مناقشة مسبقة.[2، 9]

صيغ في السجل: ما يصح وما لا يصح

لا يكفي	الصياغة الصحيحة
«DNR» وحدها في الملف	قرار عدم محاولة إنعاش، أساسه ونطاقه مكتوبان
«المريض نهائي»	التشخيص والمرحلة وسبب التدهور وقابليته للعكس
«الأسرة وافقت»	تقييم الأهلية، وما شُرح، والتوصية المهنية
«لا تصعيد» بلا تفصيل	موقف التنبيب والعناية المركزة والغسيل كلٌّ على حدة
توقيع واحد	أسماء الأطباء الثلاثة وتاريخ القرار وموعد المراجعة
قرار بلا خطة	العلاجات المستمرة وخطة الأعراض وإبلاغ الفريق المناوب

واحذر الأمر الشفهي غير الموثق؛ فلا يُبنى عليه امتناع عن الإنعاش، وقد يُعدّ الامتناع بناءً عليه خطأً مهنيًا من صور المادة السابعة والعشرين: الامتناع من غير قرار صحيح، أو تطبيق القرار على غير صاحبه، أو تجاهل سبب قابل للعكس، أو عدم مراجعة قرار قديم بعد تغير الحالة.[10]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
حرمة النفس: وجوب حفظها بالإنعاش المنقذ، وتحريم قصد إنهائها	نص قطعي	﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾، ﴿وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى

		﴿التَّهْلُكَةِ﴾[5، 6]
حكم التداوي يتغير بالحال: واجب، ومندوب، ومباح، ومكروه بنص القرار؛ والتحريم مما قرره الفقهاء	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 67 (5/7) [15]؛ وتنزيله عند المعاصرين [6]
جواز عدم استعمال جهاز الإنعاش في الصور الست بتقرير ثلاثة أطباء مختصين ثقات	فتوى	اللجنة الدائمة رقم 12086[7]
عدم الالتفات إلى رأي الأولياء في وضع آلات الإنعاش أو رفعها عند عدم الجدوى	فتوى	اللجنة الدائمة رقم 12086، الصورة السادسة[7]
رفع الأجهزة بعد تحقق الوفاة، وهو خاص بالوفاة لا بقرار عدم الإنعاش	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 17 (5/3)[8]
حق المريض المؤهل في رفض الإنعاش بعد إفصاح كافٍ	قول راجح	مبني على اشتراط إذن المريض في قرار المجمع رقم 67، وعليه عامة المعاصرين[11]
قيود قراءة الفتوى: تعدد التقييم المستقل، وتقييد الصورة الرابعة، وعدم إقصاء الأسرة	اجتهاد المؤلف	فهم المؤلف لنص الفتوى في ضوء نصوص تكريم الإنسان

أين يقع الخطأ عادةً؟

• **الحكم على الجدوى قبل استبعاد الأسباب القابلة للعكس.** فوجود مرض مزمن أو نهائي لا يلغي احتمال مضاعفة حادة قابلة للعلاج.

• **الإنذار العصبي المتعجل بعد إنعاش ناجح.** الغيبوبة المبكرة ليست تلفًا مستعصيًا؛ فالمهدئات وضبط الحرارة والاضطرابات الاستقلابية تربك التقييم، والحكم يحتاج نهجًا متعدد الوسائل على مدى زمني كافٍ. واحذر «النبوءة المحققة لذاتها».[2]

• **اتخاذ العمر أو الإعاقة أو الاعتماد على الغير معيارًا.** يجوز النظر إلى أثر الحالة الموثق في نتيجة الإنعاش، ولا يجوز الحكم بقيمة الحياة؛ بمقتضى نصوص تكريم الإنسان وقرارات المجمع في حقوق ذوي الإعاقة.[13، 2]

• **خفض جودة الرعاية بمجرد صدور القرار.**

• **الإنعاش الصوري** تسويةً مع أسرة معترضة -وهو مرفوض بحال باتفاق الهيئات الأخلاقية والمهنية؛ فيه خداع وإيذاء بلا منفعة وانتهاك للكرامة.[2، 14]

عبارات تسمعها في القسم وتصحيحها

ستسمع	الصواب
«هو DNR ، فلا داعي للمضاد الحيوي»	الأثر محصور في التوقف؛ المضاد يحتاج قرارًا مستقلًا
«عمره ثمانون، ما فائدة الإنعاش؟»	العمر وحده ليس معيارًا؛ العبرة بسبب التوقف وقابليته للعكس
«الأسرة رفضت DNR فهو إنعاش كامل»	الطلب لا ينشئ استطبابًا؛ يُدار الخلاف بمسار متدرج
«ذاهب للعملية، علّقوا القرار»	لا يُعلَّق تلقائيًا؛ مناقشة مسبقة قبل التخدير
«هو DNR ، لا ننقله للعناية»	سقف العلاج قرار آخر يُوثَّق على حدة

وهذه الأخطاء إما **توسيع** للقرار إلى ما لا يشمله، وإما **تسرع** في إصداره أو تعليقه، وكلاهما يُصحَّح بسؤال واحد: **ما التدخل المحدد الذي نتكلم عنه، وما أساس القرار فيه، و أين وُثِّق؟**

خلاصة عملية

الأسرة شريك في الحوار وناقلٌ لقيم المريض، لكنها ليست صاحبة سلطة طبية مطلقة: لا تُحمَّل مسؤولية تقرير الجدوى، ولا تملك فرض تدخل غير مستطب. وعند فقد الأهلية انظر بالترتيب: التوجيه المسبق الواضح المنطبق، ثم القيم والتصريحات الموثوقة، ثم الممثل النظامي، ثم المصلحة الفضلى، وتفصيله في الفصل الأربعين. وإذا اشتد الخلاف فالمسار متدرج: إعادة شرح، فرأي طبي ثانٍ، فإشراك الرعاية التلطيفية ومرشد ديني مؤهل، فلجنة الأخلاقيات، فالإدارة القانونية.[14]

واحفظ هذه: **عند التوقف من غير قرار صحيح ومتاح -ابدأ. وعند القرار -وثّق أساسه ونطاقه، واستمر في كل رعاية نافعة.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

تحلل الحالات الآتية وفق الأركان الأربعة، وتنتهي كل حالة إلى قرار مهني موزون. والهدف ليس إصدار حكم آلي بناءً على التشخيص، وإنما تطبيق المبادئ على الحالة الفردية، وبيان ما يتغير لو تغيرت واقعة حاسمة.

الحالة الأولى: سرطان منتشر وفشل أعضاء ورفض مريضة مؤهلة

| السيناريو. امرأة عمرها 64 عامًا، مصابة بسرطان منتشر غير مستجيب للعلاج، مع فشل كلوي

وتنفسي متفاقم وتدهور مستمر رغم العلاج المكثف. يقدر الفريق أن توقف القلب سيكون نتيجة مباشرة للمسار النهائي، وأن الإنعاش لن يحقق نجاة مستقرة. والمريضة واعية مؤهلة، طلبت بعد شرح وافٍ عدم إجراء الإنعاش.

السؤال الحاسم. هل يصدر قرار عدم محاولة الإنعاش؟ وهل يقوم على رغبة المريضة وحدها أم على تقييم طبي مستقل؟

| **الركن الطبي**. مرض نهائي غير قابل للعكس، وعدم استجابة للعلاج المعدل للمرض، وفشل أعضاء متعدد، وقرب توقف متوقع بسبب المسار النهائي، وعجز الإنعاش عن معالجة السبب مع احتمال عودة مؤقتة للنبض من غير استقرار؛ فالمحاولة غير مجدية أو غير متناسبة في أحسن الأحوال [3، 4].

| **الركن الأخلاقي**. يجتمع هنا المساران معًا ويتعاضدان: تقييم طبي مستقل يثبت عدم الملاءمة، ورفض معتبر من مريضة مؤهلة بعد إفصاح كافٍ. ويحقق القرار الإحسان بتجنب تدخل لا منفعة فيه، وعدم الإضرار بتجنب الكسور والألم والعناية المكثفة غير النافعة، واحترام إرادة المريضة، وحفظ الكرامة بتوجيه الرعاية إلى الراحة. ويجب توثيق أهلية المريضة وفهمها ونطاق رفضها، لا الاكتفاء بتوقيعها.

| **الركن الفقهي**. يجوز ترك العلاج الذي ثبت عدم جدواه؛ لأن العلاج وسيلة لا تطلب لذاتها، وتنطبق قاعدة الضرر يزال والموازنة بين المصالح والمفاسد، وتدخل الحالة في الصورتين الثالثة والسادسة من فتوى اللجنة الدائمة (12086) متى قرر ثلاثة مختصون ثقات عدم الجدوى [7]. ولا يعد القرار قتلًا؛ لأن سبب الوفاة هو المرض، ولا تستخدم وسيلة قاتلة، وتستمر الرعاية.

| **الركن النظامي**. يستوفى النموذج المعتمد باعتماد الأطباء المطلوبين، وتوثيق الأهلية والرفض وسبب عدم الجدوى ونطاق القرار والعلاجات المستمرة وموعد المراجعة، وفق السياسة الوطنية والدليل السعودي للإذن الطبي [9، 11]، ولا يتعارض القرار مع حظر إنهاء الحياة في المادة التاسعة عشرة [10].

القرار المهني الموزون. يصدر قرار موثق بعدم محاولة الإنعاش القلبي الرئوي، مع خطة رعاية تلطيفية نشطة: تسكين الألم، وعلاج ضيق التنفس والقلق، والرعاية التمريضية، والدعم النفسي والروحي للمريضة وأسرتها، ومن غير افتراض وقف المضادات أو الأكسجين إلا بقرار مستقل وفق أهداف الرعاية. ويعاد التقييم إذا ظهر سبب حاد قابل للعكس أو تغيرت رغبة المريضة. ولو تغيرت واقعة حاسمة فكانت المريضة في المرحلة نفسها لكنها تطلب الإنعاش الكامل، لم يتحول التدخل غير المجدي إلى واجب بطلبها؛ وتعالج الحالة بمسار التواصل وإدارة الخلاف والتقييمات المتعددة، لا بإجابة الطلب آليًا ولا بإنعاش صوري [14].

الحالة الثانية: مريض مسن ذو إعاقة وسبب حاد قابل للعلاج

| **السيناريو**. رجل عمره 82 عامًا، لديه إعاقة حركية مزمنة ويحتاج إلى مساعدة في بعض شؤونه، يتواصل بوضوح ويعيش مع أسرته. دخل المستشفى بالتهاب رئوي قابل للعلاج، ثم حدث تدهور مفاجئ نتيجة انسداد في مجرى الهواء. لا يوجد قرار موثق بعدم الإنعاش، واقترح أحد الممارسين عدم إنعاشه عند الحاجة «بسبب العمر والإعاقة».

السؤال الحاسم. هل يكفي العمر والإعاقة والاعتماد على الأسرة أساسًا لعدم الإنعاش؟

| **الركن الطبي**. سبب التدهور حاد محدد قابل للعلاج، ولا يمثل نهاية مرض نهائي، ولا توجد معطيات تثبت عدم جدوى الإنعاش لدى هذا المريض؛ والعمر والإعاقة لا يثبتان بذاتهما عدم الجدوى، وإنما يقيَّم أثرهما الموثق في النتيجة إن وجد [2].

| **الركن الأخلاقي**. بناء القرار على العمر أو الإعاقة تمييز غير مشروع واعتداء على العدالة؛ وتقتضي العدالة تقييم الحالة فرديًا، وعدم الحكم على جودة حياة المريض من منظور الفريق، وتوفير إنقاذ مماثل لمن تتوافر لديه فرصة علاج، واحترام كرامة الشخص ذي الإعاقة.

| **الركن الفقهي**. الأصل حفظ النفس، ولا يجوز ترك الإنقاذ بسبب السن أو العجز ما دام التدخل نافعًا أو راجح الفائدة؛ فالحكم على قدرة الإجراء لا على قيمة حياة المريض، ولا تدخل الحالة في صور الفتوى؛ لغياب المرض المستعصي وعدم الجدوى المثبتة.

| **الركن النظامي**. توجب المادة الثامنة المساعدة في الحالة الخطرة [10]، ويحظر نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التمييز بسبب الإعاقة [13]، وقد تنشأ مسؤولية مهنية إذا امتنع الفريق عن تدخل نافع بمعيار تمييزي وترتب على ذلك ضرر.

القرار المهني الموزون. يعالج انسداد مجرى الهواء فورًا، ويقدم الإنعاش الكامل عند الحاجة، ولا يصدر قرار عدم إنعاش استنادًا إلى العمر أو الإعاقة. وبعد الاستقرار تناقش أهداف الرعاية مع المريض نفسه. بوسائل التواصل والتيسير المناسبة. ويقدر إنذاره العام ويوثق موقفه المستقبلي. ولو تغيرت واقعة حاسمة فكان المريض نفسه، بعد إفصاح كافٍ وتقييم أهلية سليم، يرفض الإنعاش مستقبلًا، لكان رفضه المعتبر أساسًا مشروعًا لقرار موثق؛ فالفارق كله بين قرار يفرضه انطباع الفريق عن حياته وقرار يصدر عن إرادته الحرة المبصرة.

الحالة الثالثة: غيبوبة مبكرة بعد إنعاش ناجح و إنذار غير محسوم

| **السيناريو**. شاب عمره 28 عامًا، أصيب بتوقف قلب خارج المستشفى، وأعيدت دورته الدموية. نقل إلى العناية المركزة، وهو في غيبوبة بعد ساعات من الإنعاش، يتلقى مهدئات وعلاجًا لضبط الحرارة. طلبت الأسرة عدم الإنعاش إذا تكرر التوقف، واقترح أحد الأطباء إصدار القرار لاعتقاده أن التلف الدماغي شديد.

السؤال الحاسم. هل يجوز الحكم المبكر بعدم جدوى الإنعاش اعتمادًا على الغيبوبة الحالية؟

| **الركن الطبي**. لا يمكن الجزم بالإنذار العصبي في هذه المرحلة؛ لتأثير المهدئات وآثار التوقف نفسه وضبط الحرارة والاضطرابات الاستقلابية، ولحاجة التقييم العصبي إلى نهج متعدد الوسائل على

مدى زمني كافٍ قبل الحكم، وهو ما تؤكده الإرشادات الحديثة التي تحذر من الاعتماد على مؤشر منفرد أو توقيت مبكر [1، 2]؛ فالتلف الدماغي المستعصي غير مثبت بمجرد الغيبوبة المبكرة.

| **الركن الأخلاقي**. يقتضي عدم الإضرار تجنب إنعاش غير مجدٍ، لكنه يقتضي أيضًا عدم حرمان المريض من فرصة التعافي بإنذار متعجل؛ ويحذر هنا من «النبوءة المحققة لذاتها» حين يفضي التشاؤم المبكر إلى خفض العلاج ثم إلى النتيجة السيئة التي بني عليها. ويجب الإفصاح للأسرة عن عدم اليقين بصدق، من غير وعود ولا جزم.

| **الركن الفقهي**. الحكم على الشيء فرع عن تصوره، والتصور الطبي غير مكتمل؛ واليقين. وهو حياة المريض وقابلية حاله للتقييم. لا يزول بالشك في التلف العصبي؛ فلا يصح بناء قرار نهائي على ظن مبكر غير منضبط، ولا تنطبق صورة «التلف الدماغي المستعصي» في الفتوى قبل ثبوت الدليل عليها [7].

| **الركن النظامي**. يوجب معيار العناية اليقظة الالتزام بالأصول العلمية وطلب الاستشارة العصبية وعدم إصدار قرار من غير تقييم كافٍ [10]، وقد يعد التسرع أو نقص الاستشارة والمتابعة خطأ مهنيًا إذا ترتب عليه ضرر.

القرار المهني الموزون. لا يصدر قرار نهائي بعدم الإنعاش اعتمادًا على الغيبوبة المبكرة وحدها. تستمر المعالجة والدعم، ويؤجل الحكم العصبي إلى حين زوال المؤثرات واستكمال التقييم المتسلسل والفحوص المساندة، ثم يعقد اجتماع مع الأسرة على ضوء النتيجة. وإذا حدث توقف خلال هذه المرحلة طبق الإنعاش ما لم تظهر معطيات جديدة قاطعة أو قرار صحيح مبني على تقييم مكتمل. ولو تغيرت واقعة حاسمة فاكتمل التقييم العصبي بعد زوال المؤثرات وثبت تلف دماغي شديد مستعصٍ بتقرير المختصين المتعددين، لتغير مسار القرار نحو مناقشة أهداف الرعاية وسقف العلاج مع الأسرة على أساس موثق، وفق الفتوى والسياسة [7، 9].

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

وهذه مواقف تتكرر في الممارسة، جوابها حاسم لا يحتاج تحليلًا مطولًا:

توقف مفاجئ مشهود داخل المنشأة ولم تصل الأسرة بعد. يبدأ الإنعاش الكامل فورًا من غير انتظار؛ فالحالة عاجلة، وتوجب المادة الثامنة من نظام مزاولة المهن الصحية تقديم المساعدة، وتجيز المادة التاسعة عشرة التدخل الفوري لإنقاذ الحياة عند تعذر الحصول على الموافقة في وقتها، والنافذة الزمنية تجعل كل دقيقة تأخير مؤثرة في النتيجة العصبية. الضابط: انتظار الإذن في طارئ يهدد الحياة تفريطٌ لا احتياط.

ورقة قديمة غامضة بخط المريض: «لا أريد أجهزة مهما حدث». لا تكفي وحدها لترك إنقاذ نافع في حالة قابلة للعكس؛ لغموضها، وعدم ثبوت أهلية صاحبها حين كتابتها، وعدم انطباقها البيّن على الواقعة. فيُنعش المريض ثم تناقش توجهاته وتوثق بعد استقراره. الضابط: يوقف عند التوجيه المسبق الواضح المنطبق ثابت الصدور وحده، على تفصيله في فصل «التوجيهات الطبية المسبقة».

أسرة تطلب إنعاشًا كاملًا لمريض ثبت عدم جدوى إنعاشه. لا يتحول التدخل غير المجدي إلى واجب بطلب الأسرة؛ فتقدير الاستطباب ليس من اختصاصها، ولا يسقط بذلك واجب الشرح والاستماع ومعالجة الاعتراض. وتعالج الحالة بمسار التواصل وإدارة الخلاف والتقييمات المتعددة ورأي طبي ثانٍ ثم لجنة الأخلاقيات، مع بيان ما يستمر من رعاية، ومن غير إنعاش صوري بحال. الضابط: الأسرة شريك في الحوار لا صاحبة سلطة طبية مطلقة.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. أثناء مناوبتك حدث توقف قلب مفاجئ مشهود لمريض في القسم، ولا يوجد في ملفه قرار موثق بعدم الإنعاش، والأسرة لم تصل بعد. ما التصرف الصحيح؟

أ) يُنتظر وصول الأسرة لأخذ موافقتها قبل البدء

ب) يُبدأ الإنعاش الكامل فورًا من غير انتظار

ج) يُتصل بالطبيب الاستشاري ويُنتظر رأيه قبل أي تدخل

د) يُكتفى بالأكسجين حتى يتضح موقف الأسرة

2. استند زميل إلى قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 17 (5/3) في أجهزة الإنعاش ليصدر قرار عدم إنعاش لمريض حي في العناية المركزة سيئ الإنذار. ما الخلل في استدلاله؟

أ) لا خلل، فالقرار يجيز رفع الأجهزة عن كل مريض سيئ الإنذار

ب) الخلل أن القرار يتعلق بمعايير تحقق الوفاة ورفع الأجهزة بعد ثبوتها، ومريض عدم الإنعاش حي، فالمرجع هو فتوى اللجنة الدائمة (12086) بصورها وشروطها

ج) الخلل أن قرارات المجمع لا تُعتمد في المملكة مطلقًا

د) الخلل أنه لم يأخذ موافقة الأسرة قبل الاستناد إلى القرار

3. أثناء المناوبة الليلية اتصل المقيم الأول بالاستشاري هاتفيًا فو افق شفهيًا على «عدم إنعاش» مريض متدهور، فكتب المقيم ذلك في الملف ووقّع وحده. ما التكييف الصحيح؟

أ) لا يوجد قرار صحيح بعد؛ فالقرار يحتاج الاستشاري المعالج وطبيبين لا تقل درجتهما عن اختصاصي مطلعين على الحالة مع التوقيع والتوثيق، والأصل عند التوقف البدء بالإنعاش

ب) القرار صحيح لأن الاستشاري وافق، والتوثيق الهاتفي كافٍ

ج) القرار صحيح إذا أُبلغت الأسرة به في الصباح

د) القرار صحيح مؤقتًا حتى الصباح ثم يُستكمل

4. طفل مصاب بمرض عصبي عضلي نهائي، قرر ثلاثة مختصون أن الإنعاش لن يغير المسار وأن أعباءه راجحة، ويصر الوالدان على الإنعاش الكامل. ما المسار الصحيح؟

أ) يُنفَّذ طلب الوالدين لأن الولاية لهما

ب) يُجرى إنعاش جزئي رمزي إرضاءً لهما

ج) يُعتمد القرار بعد استيفاء التقييمات ومسار إدارة الخلاف حتى لجنة الأخلاقيات، مع دعم كامل للطفل ووالديه

د) تُحال الأسرة إلى الشرطة لرفضها التوصية الطبية

5. وجدت في ملف مريض ينتظر جراحة كلمة «DNR» وحدها في ورقة الأوامر، ولا شيء غيرها، وسيُنقل إلى غرفة العمليات بعد ساعة. ما التصرف الصحيح؟

أ) تُنفَّذ كما هي لأنها أمر طبي مكتوب

ب) تُشطب لأن الجراحة تلغي أي قرار عدم إنعاش تلقائيًا

ج) يُكتفى بسؤال الأسرة عمّا تريده في العملية

د) يُراجع القرار مع الفريق المسؤول قبل التخدير: أساسه ونطاقه وموقف التنبيب والعلاجات المستمرة وأسماء المعتمدين، ويُوثَّق ذلك، ولا يُعلَّق ولا يُنفَّذ بلا مناقشة مسبقة

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) ب • 3) أ • 4) ج • 5) د

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] American Heart Association. (2025). 2025American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation, 152(Suppl. 2). DOI

[2] Mentzelopoulos, S. D., et al. (2025). European Resuscitation Council guidelines 2025: Ethics in resuscitation. Resuscitation. المصدر الرسمي

[3] Schneiderman, L. J., Jecker, N. S., & Jonsen, A. R. (1990). Medical futility: Its meaning and ethical implications. Annals of Internal Medicine, 112(12), 949–954. DOI

[4] Kon, A. A., Shepard, E. K., Sederstrom, N. O., et al. (2016). Defining futile and potentially inappropriate interventions: A policy statement from the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Critical Care Medicine, 44(9), 1769–1774. DOI

[5] أبو داود، سليمان بن الأشعث السجستاني. (د.ت.). سنن أبي داود (شعيب الأرنؤوط ومحمد كامل قره بللي، تحقيق). دار الرسالة العالمية. (حديث «تداووا عباد الله»).

[6] Chamsi-Pasha, H., & Albar, M. A. (2017). Ethical dilemmas at the end of life: Islamic perspective. Journal of Religion and Health, 56(2), 400–410. DOI

[7] اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. (د.ت.). الفتوى رقم (12086) في حكم استعمال أجهزة الإنعاش في الحالات التي لا يرجى منها النفع. في أحمد بن عبد الرزاق الدويش (جمع وترتيب)، فتاوى

اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء (ج 25، ص 78–80). الرئاسة العامة للبحوث العلمية والإفتاء. المصدر الرسمي

[8] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1986). القرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش. قرارات وتوصيات الدورة الثالثة، عمّان، 8–13 صفر 1407هـ / 11–16 أكتوبر 1986م. منظمة التعاون الإسلامي. المصدر الرسمي

[9] المجلس الصحي السعودي. (1434هـ/2017م). السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش (توقف القلب والتنفس)، المعتمدة بقرار المجلس الصحي السعودي رقم (64/3) وتاريخ 1434/3/1هـ (النسخة المنشورة 2017م). المجلس الصحي السعودي.

[10] المملكة العربية السعودية. (1426هـ). نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ وتعديلاته. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. المصدر الرسمي

[11] وزارة الصحة. (د.ت.). الدليل السعودي للإذن الطبي. وزارة الصحة.

[12] المملكة العربية السعودية. (1436هـ). نظام حماية الطفل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/14) وتاريخ 1436/2/3هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. المصدر الرسمي

[13] المملكة العربية السعودية. (1445هـ). نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/27) وتاريخ 1445/2/11هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. المصدر الرسمي

[14]Bosslet, G. T., Pope, T. M., Rubenfeld, G. D., et al. (2015). An official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM policy statement: Responding to requests for potentially inappropriate treatments in intensive care units. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 191(11), 1318–1330. DOI

[15] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م.

جدوى العلاج

Chapter 42 -Medical Futility

لا يملك المريض ولا أسرته إلزامك بتدخل لا يمكن أن يحقق هدفه،

كما لا تملك أنت تقييد علاج نافع بانطباع.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

ستسمع في العناية المركزة عبارةً تتكرر كثيرًا: «لا فائدة من العلاج». وهي من أخطر العبارات التي تُقال في المستشفى، لأنها تبدو حكمًا طبيًا وهي في كثير من الأحيان انطباعٌ لم يُختبر.

وهذا الفصل يعطيك **معيارًا** تختبر به هذه العبارة، ويرسم لك **حدود التدخل**: متى يبقى العلاج علاجًا يحقق مصلحة معتبرة، ومتى يفقد غرضه أو تصير أعباؤه أرجح من منفعته. أما قرار الإنعاش وتوثيقه ففي فصل «الإنعاش القلبي الرئوي»، وأهداف الرعاية والتسكين في فصل «الرعاية التلطيفية»، والتغذية الصناعية في فصلها، وإثبات الوفاة في فصل «الموت الدماغي».

الصياغة المهنية: خمسة أسئلة قبل الحكم

لا تقبل عبارة «لا فائدة» مجردة. الصياغة المهنية تذكر: **ما التدخل؟ وما الهدف؟ وما الدليل على عدم تحققه؟ وما الأسباب القابلة للعكس التي استُبعدت؟ وما درجة اليقين؟** ثم سؤال سادس لا يقل أهمية: **وما الذي سيستمر من الرعاية؟**

فلا يصح أن تقول «العلاج غير مجدٍ»، بل: «التهوية الميكانيكية غير قادرة، وفق الحالة الحالية، على تحقيق هدف استعادة التنفس المستقل». والصيغة الجامعة: **هذا التدخل غير مجدٍ لتحقيق هذا الهدف لدى هذا المريض في حالته الراهنة.** ولا يقال أبدًا: «المريض غير مجدٍ» ولا «لا يستحق العلاج».[1، 2]

المفاهيم الأساسية: ستة يُخلط بينها

• **عدم الجدوى الطبية:** عجز تدخل محدد عن تحقيق الهدف الفسيولوجي أو

السريري المشروع الذي بدأ من أجله. وصوره: فسيولوجية، وسريرية، وكمية، ومرتبطة بالهدف.[1]

• **العلاج غير المتناسب:** تدخل **يمكنه** تحقيق بعض المنفعة، لكن أعباءه ومخاطره الراجحة لا تتناسب مع مقدار الفائدة.[3]

• **العلاج المختلف في قيمته:** التدخل قادر طبيًا، لكن الخلاف على قيمة النتيجة وأهداف الرعاية -وهذا خلاف قيمي لا حكم بعدم الجدوى.[3، 4]

• **رفض المريض:** إذا رفض مريض مؤهل علاجًا نافعًا فسبب عدم العلاج **الرفض المستنير** لا عدم الجدوى.

• **قرار عدم الإنعاش:** أضيق؛ يتعلق بالإنعاش عند التوقف. وعدم الجدوى أوسع، ويشمل التهوية والغسيل والجراحة والأدوية.

• **ندرة الموارد:** إذا كان العلاج نافعًا ولم يُقدَّم لعدم توافر سرير أو جهاز أو تغطية، فهذه مسألة تخصيص موارد أو تمويل، وليست حكمًا طبيًا. **ولا تُعاد تسمية «عدم التغطية» عدمَ جدوى.**[4]

فرق يفصل بين الأثر والفائدة: قد يرفع دواء ضغط الدم، أو يحافظ الجهاز على الأكسجة، من غير تجاوز الأزمة ولا استعادة وظيفة ذات معنى. فميّز بين **الأثر الفسيولوجي** (التغير البيولوجي المباشر) و**الفائدة السريرية** (النتيجة الصحية العائدة على المريض). فحدوث أثر بيولوجي مؤقت لا يثبت الجدوى.[1]

القواعد الحاكمة

• الحكم يقع على **تدخل بعينه** بالنسبة إلى **هدف محدد** لدى هذا المريض في حالته الراهنة، لا على المريض ولا على قيمة حياته.

• **ضعف الاحتمال ليس استحالة.** والاحتمال الضئيل يُوازن بحجم الفائدة المحتملة وعبء التدخل ومدته والبديل الأقل ضررًا؛ فقد يُقبل احتمال منخفض إذا كان التدخل قليل العبء والنتيجة كبيرة، ويُرفض إذا كان العلاج شديد الألم ولا يُرجى منه إلا تحسن عابر.

• **المرض غير القابل للشفاء لا يُلغي علاج أزمة قابلة للعكس:** التهاب بكتيري، أو اضطراب أملاح، أو جفاف، أو نزيف قابل للسيطرة.

• عدم البدء أو عدم التصعيد أو السحب **لا يساوي** هجر المريض ولا القتل الرحيم؛

فالمرض يبقى سبب الوفاة، والرعاية لا تتوقف.[2]

واحفظ الفرق بين ثلاثة قرارات: عدم البدء عدم إنشاء تدخل جديد فقد غرضه؛ **وعدم التصعيد** عدم إضافة دعم جديد مع استمرار ما ينفع؛ **والسحب** إيقاف تدخل قائم بعد فشل هدفه أو رجحان ضرره. وهي تتساوى في أصل موازنة المنفعة والضرر، لكن السحب أشدّ نفسيًا وإجرائيًا فيحتاج رأيًا أوضح وخطة تسكين وتواصلًا خاصًا. **ولا يصبح التدخل لازمًا لمجرد بدئه.**

والتجربة العلاجية محددة المدة أداتك في المنطقة الوسطى التي لا يثبت فيها النفع ولا عدمه: يُتفق قبل البدء على التدخل، والهدف، والمدة، ومؤشرات النجاح والفشل، وما سيحدث بعد المراجعة. ولا يجوز أن تتحول إلى علاج مفتوح المدة، ولا أن تُغيَّر مؤشرات النجاح بعد فشلها لمجرد تجنب القرار.[5]

عدم البدء وعدم التصعيد والسحب: جدول ثم مثال

القرار	معناه	متى يُفضَّل	ما يستمر
عدم البدء	لا يُنشأ تدخل جديد فقد غرضه	ثبت عدم النفع قبل البدء	كل ما ينفع، والتسكين
عدم التصعيد	لا يُضاف دعم جديد	عدم يقين جزئي، أو حاجة إلى وقت قصير، أو صعوبة السحب فورًا	ما هو قائم ونافع
السحب	يُوقف تدخل قائم فشل هدفه أو رجح ضرره	بعد تجربة محددة فشلت، أو ثبوت فقد الغرض	الرعاية والتسكين وحضور الأسرة

مثال يمشي بك (وهو الحالة الثالثة في هذا الفصل): مريض بنزف دماغي واسع، غائب الوعي، لا يستوفي معايير الوفاة بالمعايير العصبية. اتفق الفريق والأسرة على **تجربة علاجية محددة المدة** بمؤشرات نجاح معلنة. انتهت المدة بلا استجابة، وأكد مختصان أن الإصابة غير قابلة للعكس بدرجة كبيرة، وظهرت عدوى متكررة وفشل كلوي. كيف يتدرج القرار؟

- **لا تسمِّه موتًا دماغيًا**؛ فهو حي، والجهاز يحافظ على تنفسه ولا يعالج التلف.
- **ابدأ بعدم التصعيد:** لا غسيل ولا رافعات جديدة، لأنها لن تحقق هدفًا سريريًا مستقلًا.
- **ثبّت الرأي الثاني المستقل** واعقد اجتماعًا رسميًا مع الأسرة، واعرض على لجنة

الأخلاقيات، وامنح مهلة قصيرة معقولة للاستيعاب أو طلب النقل إن وُجدت جهة تقبل.[4]

• **لا تغيّر مؤشرات النجاح بعد فشلها** لمجرد صعوبة القرار؛ فذلك يحوّل التجربة إلى علاج مفتوح بلا نهاية.

• **ثم السحب بخطة:** توقيت وطريقة معلومان، وتسكين استباقي للألم وضيق النفس والقلق بجرعات علاجية، ووقف الفحوص غير المؤثرة، واستمرار العناية بالفم والجلد، وحضور الأسرة، والتوثيق الكامل.[6]

ولاحظ أن الفريق لم يقفز من التجربة إلى السحب، بل مرّ بعدم التصعيد أولًا؛ وهذا التدرج هو الذي يحفظ الثقة ويمنع التسرع من الجهتين: لا استمرار بلا نهاية إرضاءً للأسرة، ولا سحب مفاجئ بلا خطة.

الأساس الشرعي

حفظ النفس من المقاصد الكلية، والتداوي مشروع مأمور به. لكن **التداوي لا يأخذ حكمًا واحدًا** بحسب ما قرره مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم 67 (5/7) وعليه عامة المعاصرين: يجب إذا غلب على الظن أنه ينقذ النفس أو يمنع ضررًا جسيمًا؛ ويُندب أو يُباح إذا كانت منفعته مرجوة من غير أن يؤدي تركه غالبًا إلى هلاك؛ ولا يلزم إذا ضعفت فائدته؛ ويُمنع إذا غلب ضرره أو خلا من فائدة معتبرة. وتفصيل هذا السلّم في فصل «الإطار العام».[7]

وتعمل هنا قواعد: «لا ضرر ولا ضرار»، و«الضرر يزال»، و«المشقة تجلب التيسير»، و«الوسائل لها أحكام المقاصد». فإذا فقدت الوسيلة قدرتها على تحقيق مقصدها تغيّر حكمها. ويُضاف إليها «الأمور بمقاصدها»، و«اليقين لا يزول بالشك» (فلا يُقيَّد علاج منقذ بشك ضعيف أو تشخيص غير مكتمل)، و«اعتبار المآلات».

وسُئل الشيخ **عبد العزيز بن باز** عن إيقاف العلاج عمن لا يُرجى شفاؤه فقال: «إذا علموا أنه لا فائدة في الطب، وأن الدواء لا ينفع ولا يفيد؛ فلا بأس أن يتركوه» -وأكمل بوجوب العناية بحسب الطاقة وفعل ما ينفع المريض، فلا تُسوّغ الفتوى الهجر.[8] وفي فتوى أخرى: «فالحكم يدور مع المصلحة الغالبة، فإن غلب على الظن أن العلاج ينفع فلا بأس».[9]

وقد قرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم 17 (5/3)** بشأن أجهزة

الإنعاش، الصادر في الدورة الثالثة بعمّان (8–13 صفر 1407هـ / 11–16 أكتوبر 1986م)، أنه إذا تحققت الوفاة بمعاييرها «يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص». **وحدّ الاستدلال مهم:** القرار متعلق بثبوت الوفاة، ولا يجعل كل مريض حي ذي مرض نهائي في حكم الميت.[10] وكذلك **فتوى اللجنة الدائمة رقم (12086)** تخص الإنعاش القلبي الرئوي: «إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجدٍ... حسب رأي ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات فلا حاجة لاستخدام آلات الإنعاش» -ولا تكفي وحدها لتعميم سحب كل علاج قائم.[11، 12]

الضابط الفقهي الجامع -وهو الراجح عند أكثر المعاصرين وما أختاره جامعًا لما سبق: لا يلزم تقديم أو استمرار تدخل ثبت بتقدير متخصص موثق أنه لا يستطيع تحقيق هدف علاجي مشروع، أو أن ضرره الراجح يفوق منفعته بوضوح -بشرط انتفاء قصد التعجيل بالموت، واستمرار الرعاية، ومراعاة إرادة المريض. وخالف بعض المعاصرين في السحب خاصة احتياطًا للنفس، فقصروا الجواز على عدم البدء.

لماذا ليس السحب قتلًا؟ خمسة اختبارات

قالت الأسرة في المثال: «إزالة الجهاز قتل». والجواب ليس بالنية وحدها، بل **بمجموع عناصر** تفحصها واحدًا واحدًا:

- **طبيعة الفعل:** رفع وسيلة فقدت غرضها، لا إعطاء فعل مستقل يُحدث الموت.
- **هدفه:** منع عبء لا يحقق غرضه، لا إنهاء الحياة.
- **جرعة الدواء:** مسكنات ومهدئات لمعالجة عرض حقيقي وفق الممارسة المهنية، لا جرعة قاتلة بذاتها أو غير متناسبة.
- **سبب الوفاة:** الإصابة الدماغية والفشل العضوي -المرض يأخذ مساره -لا الفعل.
- **استمرار التسكين والرعاية:** فالمريض لم يُترك.

والشروط التي يذكرها المعاصرون لصحة السحب، وأختارها في التنزيل: **ثبوت التشخيص، وغلبة الظن** بعدم الفائدة أو رجحان الضرر، **وصدور التقدير عن مختصين، وعدم وجود بديل نافع أقل ضررًا، وانتفاء قصد التعجيل بالموت.** فإذا اختل واحد منها -سُحب علاج نافع على شك، أو انفرد طبيب في حالة معقدة، أو أُعطيت جرعة بقصد الوفاة -خرج الفعل عن هذا التكييف. **ولا يكفي ادعاء القصد الحسن إذا كانت الوسيلة قاتلة بذاتها.**

النصوص التي تحكم عملك في المملكة	
النص	**ما يقرره**
المادة التاسعة	استهداف مصلحة المريض دائمًا
المادة السابعة/ب	حظر الطرق غير المعترف بها علميًا
اللائحة التنفيذية	حظر عمل لا يحقق فائدة ولو بلا ضرر[13]
المادة الخامسة عشرة	العناية في التشخيص والاستعانة بالمختصين
المادة السابعة عشرة	الاستشارة عند الحاجة
المادة التاسعة عشرة	الرضا، والطوارئ، وحظر إنهاء الحياة[14]
المادتان 26 و27	عناية يقظة، وتعويض عن الخطأ الضار

النظام هو نظام مزاولة المهن الصحية الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ. ونصّ **المادة التاسعة** محوري: «يجب أن يستهدف العمل الطبي دائمًا مصلحة المريض».[14]

وانتبه: لا تقل «النظام أجاز سحب العلاج» بإطلاق. الأدق أنه ألزم بالمصلحة والأساس العلمي والعناية والرضا والاستشارة، وحظر إنهاء الحياة عمدًا، ثم ترك التفصيل للسياسات النافذة. أما **الدليل الوطني لحالات عدم الإنعاش** فيشترط لتوصية عدم الإنعاش **ثلاثة أطباء مطلعين على الحالة: الاستشاري المعالج وطبيبان لا تقل درجتهما عن اختصاصي**، مع التوقيع والتوثيق. وهو خاص بقرار الإنعاش، ولا يعني إيقاف بقية العلاج تلقائيًا، وتفصيله في الفصل الحادي والأربعين.[11]

ولا تظن أن وجود النص يكفي. ففي دراسة سعودية متعددة المراكز بالجوف شملت 461 ممارسًا، حقق 96% درجة معرفة مرضية في عدم الإنعاش. لكن **52.9% فقط** عرفوا أن موافقة الأسرة ليست شرطًا في السياسة الوطنية، و**55.1% فقط** عرفوا موضع بروتوكول منشأتهم، ووجد **78.5%** نقاش الأسرة صعبًا.[15]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل		
الحكم أو القاعدة	**مرتبته**	**مصدره**
حفظ النفس مقصد كلي، وتحريم قصد التعجيل بالموت بأي وسيلة	نص قطعي	نصوص حرمة النفس وحفظها، وهو محل إجماع
حكم التداوي يتغير بالحال: واجب،	قرار	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرار 67

ومندوب، ومباح، ومكروه بنص القرار؛ وتنزيله على الميؤوس منه عند المعاصرين: يجب، أو يُندب أو يُباح، أو لا يلزم، أو يُمنع	مجمعي	(5/7) [22]؛ وتنزيله عند المعاصرين [7]
جواز ترك الدواء الذي لا ينفع مع وجوب العناية بالمريض بحسب الطاقة	فتوى	الشيخ عبد العزيز بن باز[8، 9]
جواز رفع أجهزة الإنعاش بعد تحقق الوفاة، ولا يعمَّم على المريض الحي	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 17 (5/3)[10]
عدم لزوم الإنعاش القلبي الرئوي غير المجدي بتقدير ثلاثة أطباء مختصين ثقات	فتوى	اللجنة الدائمة رقم 12086[11، 12]
الضابط الجامع: لا يلزم تقديم أو استمرار تدخل ثبت عجزه أو رجح ضرره بشروطه	قول راجح	الراجح عند أكثر المعاصرين بناء على «الوسائل لها أحكام المقاصد» و«لا ضرر ولا ضرار»، مع خلاف بعضهم في السحب
شروط صحة السحب الخمسة، والتدرج بعدم التصعيد قبل السحب	اجتهاد المؤلف	تنزيل القواعد على الحالة الثالثة في الفصل[6]

أين يقع الخطأ عادةً؟

الخطأ يقع في **طرفين متقابلين**: الإفراط العلاجي الذي يطيل المعاناة بلا غرض، والتقييد المتعجل الذي يحرم المريض من فرصة واقعية. وأشيع صوره:

- الحكم قبل استكمال التشخيص، وإهمال سبب قابل للعكس.
- الاعتماد على السن أو الإعاقة وحدهما -والعدالة تمنع وصف العلاج بعدم الجدوى بسبب السن أو الإعاقة أو الفقر أو الاعتماد على الآخرين.
- إساءة استعمال درجات التنبؤ: فالمقاييس تصف **مجموعات** من المرضى ولا تحدد مصير فرد بعينه.
- تجاهل رأي تخصصي لازم، أو الاكتفاء برأي ثانٍ **شكلي** لم يراجع صاحبه السجل والتشخيص والاستجابة.
- عدم إعادة التقييم، وسحب الدعم بلا خطة تسكين.

خلاصة عملية

سلطة القرار موزعة: الفريق يحدد التشخيص والخيارات واحتمالاتها وأعباءها؛ والمريض المؤهل يحدد أهدافه ويقبل من الخيارات المعقولة أو يرفض؛ والأسرة تنقل رغباته وتدعمه ولا تحل محله؛ ولجنة الأخلاقيات تراجع سلامة الإجراء ولا تستبدل التشخيص. **ولا يملك المريض ولا أسرته إلزامك بتدخل لا يمكن أن يحقق هدفه**، كما لا تملك أنت تقييد علاج نافع بانطباع.

واختر لغتك بعناية: لا تقل «لن نفعل شيئًا». قل: «لا نتوقع أن يحقق هذا التدخل هدف تجاوز الصدمة»، و«نوصي بعدم إضافة دعم جديد لأن أعباءه تفوق فائدته»، و«**ستستمر الرعاية والسيطرة على الأعراض**».

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

تعرض الحالات الآتية ثلاثة نماذج متنوعة لقرارات عدم جدوى العلاج أو عدم تناسبه في نهاية الحياة، يتلوها مبحث يجمع مواقف متكررة بأجوبتها المختصرة. ولا يقصد بها وضع أحكام جامدة تطبق على كل مريض مشابه؛ لأن القرار يتغير بحسب التشخيص ومرحلة المرض وقابلية الحالة للعكس والاستجابة للعلاج وأهداف المريض ودرجة اليقين والسياسات المعتمدة في المنشأة الصحية. وتحلل كل حالة من خلال وصفها، ثم | **الركن الطبي**، والأخلاقي، والفقهي، والنظامي والمهني، وصولًا إلى القرار المهني النهائي.

الحالة الأولى: فشل متعدد للأعضاء وعدم تصعيد الدعم الحيوي

| **السيناريو**. مريض يبلغ من العمر اثنين وسبعين عامًا، مصاب بسرطان منتشر لم يعد مستجيبًا للعلاج الموجه للمرض، أدخل إلى العناية المركزة بسبب صدمة إنتانية شديدة. ووضع على جهاز التنفس الصناعي واستعملت عدة أدوية رافعة للضغط، ثم ظهرت لديه علامات فشل كلوي وكبدي واضطراب شديد في التخثر. تلقى العلاج المناسب للعدوى والدعم التنفسي والدوراني وتصحيح السوائل والأملاح، إلا أن حالته استمرت في التدهور، مع تصاعد الحاجة إلى رافعات الضغط، وانخفاض شديد في البول، وحموضة استقلابية متفاقمة. ويرى فريق العناية المركزة أن إضافة دواء رافع رابع أو بدء الغسيل الكلوي المستمر لن يغير مسار الفشل المتعدد للأعضاء، بينما تطلب الأسرة الاستمرار في كل تدخل ممكن، وتعد عدم التصعيد تخليًا عن المريض.

| **الركن الطبي**. لا يكفي وجود سرطان منتشر للحكم بعدم جدوى جميع التدخلات؛ إذ كان علاج الصدمة الإنتانية واجب التقييم بوصفها أزمة حادة قد تكون قابلة للعكس. غير أن استمرار فشل الأعضاء رغم العلاج المناسب، والحاجة المتزايدة إلى الدعم الدوري، وغياب الاستجابة السريرية، ووجود مرض أساسي متقدم غير قابل للعكس، تجعل احتمال تحقيق التصعيد الجديد لهدف الخروج

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

من العناية أو الاستقلال عن الأجهزة بالغ الضعف. ويجب قبل القرار التأكد من ملاءمة المضادات الحيوية والسيطرة على مصدر العدوى وعدم وجود نزيف أو انسداد أو اضطراب قابل للتصحيح، مع اتفاق استشاري العناية والتخصص الرئيس على التوقعات. وقد يكون القرار المتناسب عدم إضافة رافع جديد، ووضع سقف للجرعات الحالية، وعدم بدء الغسيل إذا لم يحقق هدفًا محددًا، مع استمرار العلاج الحالي مدة قصيرة للمراجعة وتعزيز الرعاية التلطيفية. [16، 17، 18]

| **الركن الأخلاقي**. قد يحقق التصعيد أثرًا فسيولوجيًا مؤقتًا، كرفع الضغط أو تصحيح بعض الاضطرابات الكيميائية، لكنه لا يمثل منفعة سريرية إذا لم يؤد إلى تجاوز الصدمة أو استعادة وظائف الأعضاء. وفي المقابل، تترتب عليه إجراءات غازية ومضاعفات ونزيف وألم وإطالة للاعتماد على الأجهزة وتأخير للانتقال إلى الرعاية المريحة. ويقتضي الإحسان تقديم ما يحقق منفعة حقيقية، بينما يقتضي عدم الإضرار تجنب تدخلات ترجح أعباؤها على فائدتها. ولا يجوز أن يكون العمر أو السرطان وحدهما أساس القرار، كما لا ينبغي تحميل الأسرة مسؤولية الحكم الفني، بل يوضح الفريق توصيته المهنية ويستمع إلى ما تعرفه الأسرة عن قيم المريض وأهدافه.

| **الركن الفقهي**. الأصل مشروعية علاج الصدمة الإنتانية وبذل السبب النافع، لكن إذا غلب على ظن الأطباء المختصين أن التصعيد الجديد لا يحقق فائدة معتبرة، وأنه يزيد الضرر أو يطيل الاحتضار، فلا يلزم تقديمه. ويتفق ذلك مع قواعد منع الضرر وإزالته، واعتبار المآلات، وربط الوسائل بمقاصدها، والرجوع إلى أهل الخبرة في تقدير النفع والضرر. ولا يعد عدم إضافة دواء أو غسيل غير نافع قتلًا؛ لأن المقصود رفع وسيلة فقدت فائدتها لا إحداث الوفاة، مع استمرار ما ينفع المريض أو يخفف معاناته.

| **الركن النظامي**. يجب أن يستند القرار إلى مصلحة المريض والأصول العلمية ومعيار العناية المهنية والاستشارة والتوثيق، مع احترام حقوق المريض واستمرار الرعاية. ولعدم وجود نص تفصيلي يحكم هذه الصورة بعينها، تطبق سياسة المنشأة المعتمدة، ويطلب رأي استشاري مستقل عند شدة الخطورة أو استمرار النزاع. ويوثق التشخيص والعلاجات المقدمة والاستجابة وأسباب عدم جدوى التصعيد وآراء المختصين ومضمون اجتماع الأسرة وما سيستمر وما لن يضاف وخطة التسكين وموعد المراجعة. [16، 17، 18]

القرار المهني الموزون. لا يوصى بإضافة دواء رافع جديد أو بدء الغسيل الكلوي المستمر إذا اتفق المختصون، بعد استكمال التقييم، على أن هذه التدخلات لن تحقق تجاوز الصدمة أو استعادة وظائف الأعضاء، وإنما ستطيل مرحلة الاحتضار. ويستمر الدعم الحالي ضمن سقف محدد، مع المضاد المناسب والتسكين والعناية التمريضية ودعم الأسرة وإعادة التقييم خلال مدة قصيرة. فإذا استمر التدهور وتأكد فشل العلاج، تناقش خطة سحب وسائل الدعم وفق السياسة المعتمدة، مع تسكين استباقي ومتابعة دقيقة للأعراض. [16، 17، 18]

الحالة الثانية: سرطان متقدم مع التهاب رئوي قابل للعكس

| **السيناريو**. مريضة تبلغ من العمر ثمانية وخمسين عامًا مصابة بسرطان ثدي منتشر، وقد

توقفت العلاجات المضادة للسرطان بعد تقدم المرض. كانت قبل دخول المستشفى قادرة على التواصل والمشي داخل المنزل والجلوس مع أسرتها. أصيبت بالتهاب رئوي بكتيري حاد أدى إلى نقص الأكسجين، واقترح فريق الطوارئ إدخالها إلى العناية المركزة والبدء بتهوية غير غازية مع احتمال التنبيب. اعترض بعض أفراد الفريق بحجة أن السرطان غير قابل للشفاء، بينما طلبت المريضة علاج العدوى وأبدت رغبتها في العودة إلى المنزل وقضاء وقت إضافي مع أسرتها إذا كان ذلك ممكنًا.

| **الركن الطبي**. يجب التمييز بين المرض الأساسي غير القابل للشفاء والأزمة الحادة القابلة للعكس. فوجود سرطان منتشر لا يجعل علاج الالتهاب الرئوي غير مجدٍ تلقائيًا. ويعتمد القرار على نوع العدوى وشدتها واحتمال الاستجابة للمضادات وحالة المريضة الوظيفية قبل الأزمة ودرجة فشل الأعضاء وإمكان الاستقلال عن التهوية وأعباء التنبيب. وإذا كانت المريضة قادرة قبل العدوى على التواصل والحركة، وكانت الأزمة قابلة للعلاج، فقد يكون إدخالها إلى العناية وتجربة الدعم التنفسي مناسبين. والشرط تحديد هدف واضح يتمثل في علاج الالتهاب واستعادة التنفس بما يسمح بالخروج من العناية والعودة إلى المنزل، مع مؤشرات مسبقة للنجاح والفشل.

| **الركن الأخلاقي**. يحمي تقديم العلاج المريضة من التقييد المتعجل بسبب السرطان وحده، ويحقق العدالة بعدم حرمانها من علاج أزمة قابلة للعكس. كما أن إرادتها واضحة ومحددة؛ فهي لا تطلب استمرارًا مفتوحًا للعلاج، بل فرصة معقولة للعودة إلى أسرتها. وفي المقابل، يجب شرح احتمال النجاح والفشل وإمكان التنبيب وعدم القدرة على الفطام والخطة عند عدم تحقق الهدف. والأنسب أخلاقيًا تجربة علاجية محددة المدة، لا رفض العناية منذ البداية ولا استمرارها دون سقف.

| **الركن الفقهي**. إذا غلب على الظن أن علاج الالتهاب الرئوي قد ينقذ المريضة من أزمة قابلة للعكس ويعيدها إلى حالتها السابقة نسبيًا، فإن العلاج مشروع، وقد يتأكد بحسب احتمال النفع وخطر الترك. ولا يصح جعل عدم قابلية السرطان للشفاء سببًا لمنع علاج عدوى قابلة للعكس؛ لأن الحكم يتعلق بالتدخل المحدد وهدفه، لا بمجرد وجود مرض نهائي.

| **الركن النظامي**. تقتضي الأصول المهنية عدم الامتناع المتعجل عن علاج حالة خطرة قابلة للعكس، واحترام رغبة المريضة المؤهلة، والالتزام بالأصول العلمية وتوثيق الهدف ومدة التجربة وإعادة التقييم. وسيكون منع العلاج لمجرد وجود السرطان، من دون فحص الأزمة الحادة، قرارًا مهنيًا ضعيفًا وقد يتضمن تمييزًا أو تقصيرًا.

القرار المهني الموزون. تقبل المريضة في العناية المركزة، ويبدأ علاج العدوى والدعم التنفسي ضمن تجربة محددة المدة، مع استخدام التهوية غير الغازية إذا كانت مناسبة، والتنبيب إذا كان ضروريًا ومتفقًا مع أهدافها. وتحدد مؤشرات النجاح والفشل وموعد المراجعة، مع عدم استمرار الدعم إلى أجل غير محدد إذا ظهر فشل متعدد غير قابل للعكس، وإدخال الرعاية التلطيفية بالتوازي. وهذه الحالة لا تمثل عدم جدوى منذ البداية، بل أزمة قابلة للعكس لدى مريضة مصابة بمرض غير قابل للشفاء. [16، 17، 18]

الحالة الثالثة: فشل تجربة علاجية محددة المدة مع اعتراض الأسرة على سحب الدعم

| **السيناريو**. مريض يبلغ من العمر سبعة وستين عامًا أصيب بنزف دماغي واسع أدى إلى غياب الوعي وفشل التنفس التلقائي، لكنه لا يستوفي معايير الوفاة بالمعايير العصبية. واتفق الفريق والأسرة على تجربة علاجية مدتها أربعة عشر يومًا لتقييم إمكان تحسن الوعي واستقرار الضغط داخل الجمجمة واستعادة التنفس بدرجة تسمح بتقليل دعم الجهاز. وحددت مؤشرات النجاح مسبقًا، إلا أن المدة انتهت من دون استجابة هادفة، وأكد طبيبان مختصان أن الإصابة واسعة وغير قابلة للعكس بدرجة كبيرة، وأن احتمال استعادة وعي تواصلي بالغ الضعف. كما ظهرت عدوى متكررة وفشل كلوي وحاجة متزايدة إلى الدعم. ويوصي الفريق بعدم بدء الغسيل وعدم إضافة رافعات جديدة ثم سحب التهوية بعد إعداد خطة التسكين، بينما ترفض الأسرة وتطلب تمديد التجربة شهرًا إضافيًا وتعد إزالة الجهاز قتلًا. [16، 17، 18]

| **الركن الطبي**. هذه الحالة ليست موتًا دماغيًا، ويجب عدم وصفها بذلك، كما يجب التمييز بين الغيبوبة واضطرابات الوعي والوفاة بالمعايير العصبية. ويجب مراجعة أثر المهدئات والاضطرابات الاستقلابية والاختلاجات ونتائج التصوير والفحوص العصبية المتكررة ومدة الإصابة وآراء المختصين. وقد وضعت التجربة المحددة لتجنب التسرع، وبعد فشل مؤشرات النجاح وظهور فشل أعضاء إضافي يصبح التصعيد أقل تناسبًا. ومع ذلك، يكون القرار متدرجًا، فيبدأ بعدم إضافة دعم جديد، وتأكيد الرأي الثاني، وعقد اجتماع مع الأسرة، ومراجعة لجنة الأخلاقيات، ومنح مدة قصيرة معقولة لاستيعاب القرار أو طلب النقل، ثم إعداد خطة السحب. [4، 3، 2]

| **الركن الأخلاقي**. احترم الفريق عدم التسرع من خلال تجربة علاجية محددة، وليس من المنضبط تغيير معايير النجاح بعد فشلها لمجرد صعوبة القرار؛ لأن ذلك يحول التجربة إلى علاج مفتوح بلا نهاية. وتشمل الأعباء استمرار الإجراءات الغازية والعدوى وفشل الأعضاء وغياب التحسن وتأخير الرعاية المريحة والضيق الأخلاقي داخل الفريق. ومع ذلك، يجب التعامل مع اعتراض الأسرة باحترام؛ فقد يكون ناتجًا عن الخوف أو سوء فهم السحب أو الحاجة إلى وقت أو اعتقاد ديني أو اختلاف في الرسائل السابقة. ولا يجوز وصف المريض بأنه ميت، بل يشرح أن الجهاز يحافظ على التنفس لكنه لا يعالج التلف الدماغي.

| **الركن الفقهي**. لا ينطبق قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 17 (5/3) بوصفه دليلًا على وفاة المريض؛ لأنه لم تثبت وفاته بالمعايير الواردة فيه. وإنما تكيّف الحالة على أنها عدم تصعيد علاج فقد هدفه، ثم سحب وسيلة دعم من مريض حي بعد فشل التجربة وغلبة ظن المختصين وعدم تحقق المنفعة. ويستند ذلك إلى منع الضرر واعتبار المآلات وانتفاء قصد التعجيل بالموت. ولا يعد السحب قتلًا إذا كانت الوفاة ناشئة عن الإصابة الدماغية والفشل العضوي، وكان المقصود رفع وسيلة غير

نافعة مع استمرار التسكين. [16، 17، 18، 10]

| **الركن النظامي**. نظرًا إلى خطورة القرار واعتراض الأسرة، يلزم رأي طبي مستقل، وتوثيق نتائج التجربة، والتحقق من صفة ممثل المريض، وعقد اجتماع رسمي، ومراجعة لجنة الأخلاقيات، وتطبيق سياسة المنشأة. ويُبحث النقل إذا وجدت جهة تقبل الحالة وكان النقل آمنًا، مع منح مدة إجرائية معقولة لا تسبب ضررًا غير مقبول، وإعداد خطة تسكين وتوثيق جميع الخطوات. ولا يجوز استمرار علاج غير نافع بلا نهاية لمجرد اعتراض الأسرة، كما لا يجوز تنفيذ السحب فجأة أو دون خطة. [4، 3، 2]

القرار المهني الموزون. تثبت التجربة العلاجية بوصفها غير ناجحة لعدم تحقق مؤشرات النجاح المتفق عليها، ولا يوصى ببدء الغسيل الكلوي أو إضافة رافعات جديدة إذا لم يتوقع منها تحقيق هدف سريري مستقل. وتعقد مراجعة أخلاقية عاجلة، ويعرض رأي طبي ثانٍ، وتمنح الأسرة مدة قصيرة ومحددة لفهم القرار وطلب النقل إذا وجدت جهة مناسبة وكان النقل آمنًا. وإذا لم يظهر سبب طبي جديد أو جهة نقل، يعتمد سحب التهوية وفق السياسة المعتمدة، مع تسكين استباقي وعلاج ضيق النفس والقلق واستمرار العناية الجسدية والنفسية والروحية والتوثيق الكامل.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف يتكرر ورودها عند تقدير الجدوى، لا تحتاج تحليلًا مبسوطًا بل جوابًا حاسمًا بضابطه:

رفض مريض مؤهل علاجًا نافعًا. ليست هذه مسألة جدوى بل رفضٌ مستنير؛ فالعلاج نافع، والامتناع صادر عن صاحبه. ويُتحقق أولًا من الأهلية بمعالجة الهذيان والألم ونقص الأكسجة وأثر الأدوية، ثم يُعاد الشرح وتُعالج المخاوف وتُعرض البدائل الأخف وتجربة محدودة. فإذا ثبتت أهليته وفهمه للنتائج وأصرّ بحرية، احتُرم رفضه ولم يُجرَ التدخل قسرًا، ولا تحل الأسرة محله؛ ويستمر ما يقبله من علاج الأعراض والتلطيف مع توثيق الرفض المستنير [14، 13]. وتحرير الأهلية والإذن في الفصل الخامس.

طلب أنبوب تغذية في الخرف المتقدم. يُقيَّم الأنبوب علاجًا له هدف وأعباء لا رمزًا للإطعام؛ فتُستبعد أولًا الأسباب القابلة للتصحيح في البلع وصحة الفم وقوام الطعام. وفي الخرف النهائي لا يُرجَّح أن يمنع الشفط أو يحسّن الوظائف أو البقاء، وقد يستلزم التقييد والقرح والعدوى والانزعاج؛ فلا يوصى به روتينيًا [21]، وتُعتمد تغذية يدوية مريحة مع العناية بالفم وعلاج الأعراض ومراجعة الخطة. وعدم تركيبه ليس وقفًا للطعام ولا للرعاية -وتفصيله في فصل التغذية والإرواء الصناعيين.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. أثناء جولة العناية المركزة قال الاستشاري عن مريض: «لا فائدة من العلاج». ما أول ما ينبغي أن تطلبه لتحويل العبارة إلى حكم مهني؟

أ) موافقة الأسرة الخطية على العبارة

ب) تحديد التدخل والهدف والدليل على عدم تحققه ودرجة اليقين

ج) رقم فتوى تسوّغ إيقاف العلاج

د) تقدير احتمال الوفاة بمقياس تنبؤي معتمد

2. رفضت شركة التأمين تغطية علاج مفيد للمريض، فاقترح مقيم توثيق الأمر في السجل بوصفه «علاجًا غير مجدٍ». ما الصحيح؟

أ) مقبول، لأن النتيجة العملية واحدة

ب) مقبول إذا وافق الطبيب المسؤول

ج) مقبول لأن التغطية جزء من تقدير الجدوى

د) غير مقبول، فهذه مسألة تخصيص موارد وتمويل ويوثق السبب الحقيقي

3. مريض أُدخل العناية المركزة، ولا يُعرف بعد هل سيستجيب للدعم أم لا، وعدم اليقين حقيقي. ما الأداة الأنسب؟

أ) البدء بسحب الدعم تجنبًا للإفراط العلاجي

ب) إحالة القرار إلى لجنة الأخلاقيات قبل أي تقييم طبي

ج) الاستمرار في كل تدخل ممكن حتى الوفاة

د) تجربة علاجية محددة المدة يُتفق فيها مسبقًا على الهدف والمدة ومؤشرات النجاح والفشل

4. مريض مؤهل رفض علاجًا نافعًا بعد إفصاح كافٍ وفهم واضح للنتائج. كيف يُوثَّق سبب عدم العلاج؟

أ) عدم جدوى العلاج

ب) عدم تناسب العلاج

ج) رفض مستنير بعد تحقق الأهلية والإفصاح

د) خلاف قيمي محال إلى لجنة الأخلاقيات

5. حسب طبيب درجة تنبؤية لمريض عناية مركزة فأعطت احتمال وفاة 90%، فأعلن في الجولة أن التهوية «غير مجدية» استنادًا إلى الدرجة وحدها قبل استكمال التشخيص. ما التقويم الصحيح؟

أ) التصرف سليم، فالدرجة المعتمدة دليل كافٍ على عدم الجدوى

ب) التصرف سليم إذا أُبلغت الأسرة بالنسبة وقبلتها

ج) التصرف غير سليم، فالمقاييس تصف مجموعات من المرضى ولا تحدد مصير فرد بعينه، ويلزم استكمال التشخيص واستبعاد القابل للعكس وتقدير متخصص موثق

د) التصرف غير سليم لأن المقاييس لا تُستعمل إلا بموافقة لجنة الأخلاقيات

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) د • 3) د • 4) ج • 5) ج

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med. 1990;112(12):949–954. DOI

[2] American Medical Association. Code of Medical Ethics Opinion 5.5: Medically Ineffective Interventions. Issued 2016; last modified 2017. المصدر الرسمي

[3] Kon AA, et al. Defining futile and potentially inappropriate interventions. Crit Care Med. 2016;44(9):1769–1774. DOI

[4] Bosslet GT, et al. An official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM policy statement: responding to requests for potentially inappropriate treatments in intensive care units. Am J Respir Crit Care Med. 2015;191(11):1318–1330. DOI

[5] Chang DW, et al. Evaluation of time-limited trials among critically ill patients with advanced medical illnesses. JAMA Intern Med. 2021;181(6):786–794. DOI

[6] Naef R, et al. Nurse-led family support intervention for families of critically ill patients: the FICUS cluster randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2025;185(9):1138–1149. DOI

[7] البار، محمد علي. أحكام التداوي والحالات الميؤوس منها وقضية موت الرحمة. دار المنارة؛ 1995.

[8] ابن باز، عبد العزيز. ما حكم إيقاف العلاج عمن لا يرجى شفاؤه؟ الموقع الرسمي؛ لا يظهر رقم أو تاريخ مستقل في الصفحة. المصدر الرسمي

[9] ابن باز، عبد العزيز. حكم منع العلاج إذا رأى الأطباء عدم فائدته. الموقع الرسمي؛ لا يظهر رقم أو تاريخ مستقل في الصفحة. المصدر الرسمي

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش؛ 8–13 صفر 1407هـ/11–16 أكتوبر 1986م. المصدر الرسمي

[11] المجلس الصحي السعودي. الدليل الوطني لحالات عدم الإنعاش؛ 14 جمادى الآخرة 1438هـ/13 مارس 2017م؛ ويثبت ضمن مراجعه فتوى اللجنة الدائمة رقم 12086 وتاريخ 1409/6/30هـ. المصدر الرسمي

[12] اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. الفتوى رقم 12086 وتاريخ 1409/6/30هـ بشأن أحوال عدم إجراء الإنعاش؛ بياناتها مثبتة في المرجع الوطني السعودي [11].

[13] وزارة الصحة/الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية، الإصدار الثالث 1440هـ–2019م؛ اللائحة صادرة بالقرار الوزاري 4080489 وتاريخ

1439/1/2هـ. المصدر الرسمي

[14] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي م/59 وتاريخ 1426/11/4هـ؛ الحالة «ساري» حتى تاريخ القطع. المصدر الرسمي

[15]Felemban H, et al. Knowledge, attitudes, and applied practices regarding DNAR among healthcare workers in Aljouf, Saudi Arabia. Resusc Plus. 2026;30:101411. DOI

[16]Sanders JJ, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. J Clin Oncol. 2024;42(19):2336–2357. DOI

[17] المجلس الصحي السعودي، المركز الوطني للسرطان. الدليل الوطني للرعاية التلطيفية. 2019. المصدر الرسمي

[18]World Health Organization. Palliative care. Fact sheet; 2020. الرابط

[19]Laventhal NT, et al. Responding to parental requests for potentially nonbeneficial treatment in life-threatening situations: clinical report. Pediatrics. 2026;157(4):e2026076118. DOI

[20]Levine DR, et al. Responding to parental requests for potentially nonbeneficial treatment in life-threatening situations: technical report. Pediatrics. 2026;157(4):e2026076119. DOI

[21]American Geriatrics Society Ethics Committee. Feeding tubes in advanced dementia position statement. J Am Geriatr Soc. 2014;62(8):1590–1593. DOI

[22] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م.

الرعاية التلطيفية

Chapter 43 -Palliative Care

إيقاف تدخل معين لا يعني انتهاء الرعاية.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

ستقابل في عملك مريضًا لم يعد العلاج الموجَّه لمرضه ينفعه، وستسمع من حولك عبارة: «لم يعد هناك شيء يمكن فعله». **وهذه العبارة خطأ مني.** فعلاج الأعراض والدعم باقيان دائمًا، ولا تنتهي مسؤولية الطب عندما يتعذر الشفاء.

وهذا الفصل يعلّمك زاويةً محددة: **كيف تحدد أهداف الرعاية، وكيف تُسكِّن بانضباط.** أما قرار الإنعاش وتوثيقه ففي فصل «الإنعاش القلبي الرئوي»، ومعيار الجدوى في فصل «جدوى العلاج»، والتغذية الصناعية في فصلها، وإثبات الوفاة في فصل «الموت الدماغي».

المفاهيم الأساسية

الرعاية التلطيفية نهج شامل يهدف إلى تحسين جودة حياة المريض المصاب بمرض خطير وأسرته، بالوقاية من المعاناة وتخفيفها، والكشف المبكر عن الألم والأعراض والمشكلات النفسية والاجتماعية والروحية وعلاجها، مع دعم اتخاذ القرار.[1]

ولا يشترط لبدئها أن يصبح المريض محتضرًا، ولا أن يتوقف العلاج الموجَّه للمرض. معيارها **وجود حاجة فعلية أو تعقيد في القرار** -لا قرب الوفاة. وتُربط الإحالة بمشكلات فعلية: أعراض شديدة أو متعددة، وتدهور وظيفي، وتكرر التنويم، وصعوبة القرار أو الخلاف حوله، وضائقة نفسية أو روحية، وإنهاك مقدم الرعاية، والحاجة إلى تخطيط منزلي.[1]

وضبط المصطلح نصف الحكم:

• **المرض الخطير:** حالة تحمل خطر الوفاة أو التدهور الكبير وتستلزم علاجًا معقدًا -ولا يشترط أن يكون غير قابل للشفاء.

• **رعاية المحتضر:** الرعاية عند اقتراب الموت الواضح؛ وهي جزء من الرعاية

التلطيفية لا مرادف لها.

• **المعاناة الكلية:** تداخل الألم مع الخوف والعلاقات والمال وفقد المعنى والضائقة الروحية -فلا يُختزل الألم في بعد جسدي واحد.

• **العرض المستعصي:** عرض شديد لم يستجب للعلاجات المناسبة خلال زمن مقبول -ولا يكفي كونه شديدًا.[2]

• **التسكين التلطيفي:** استعمال متناسب للمهدئات لخفض الوعي بالقدر اللازم لعرض مستعصٍ -وليس كل استعمال للأفيونات ولا كل نعاس دوائي تسكينًا.[2]

الرعاية التلطيفية ليست: تخليًا عن المريض، ولا إعلانًا بقرب الوفاة، ولا قرارًا بعدم الإنعاش، ولا وقفًا تلقائيًا للعلاج، ولا قتلًا رحيمًا.

أهداف الرعاية: ماذا تريد أن تحقق للمريض؟

الرعاية التلطيفية لا تبدأ بوصف دواء، بل بسؤال: **ما الهدف؟** ويقوم تقييمها على ثلاث دوائر:

• **الدائرة الجسدية:** الألم وضيق النفس والغثيان والإمساك والهذيان والتعب والنوم والفم والجلد -بشدتها وأسبابها وأثرها.

• **الدائرة النفسية والاجتماعية والروحية:** القلق والاكتئاب واليأس والشعور بالعبء وفقد المعنى والرغبة في الموت، وقدرة الأسرة، والممارسات الدينية المهمة للمريض. **ولا تفترض أن للمرضى المسلمين احتياجات روحية واحدة؛ اسأل المريض.**

• **دائرة أهداف الرعاية:** ماذا يفهم المريض؟ وما الذي يرجوه ويخشاه؟ وهل يقدّم الراحة أم الوعي إذا تعارضا؟ وأين يفضّل أن يُرعى؟

وتُترجم الكرامة إلى أفعال صغيرة: ستر المريض، واحترام خصوصيته، وعدم الحديث عنه كأنه غائب، وتمكينه من التواصل والدعم الأسري والروحي. **والإحسان لا ينحصر في الشفاء أو إطالة الحياة؛** فقد يكون في مرحلةٍ باستمرار العلاج الموجَّه للمرض، وفي أخرى بتعديل الأهداف والتركيز على الراحة. وعدم الإضرار يوجب تجنب طرفين متقابلين: التقصير في علاج الألم خوفًا من الأدوية، والإفراط في تدخلات مرهقة بلا هدف واقعي.

مثال سريع: مريض بفشل قلبي متقدم يُنوَّم للمرة الرابعة في ثلاثة أشهر، ويشكو ضيق نفس وأرقًا، وزوجته منهكة. هذه ثلاثة مؤشرات إحالة معًا (تكرر التنويم، وأعراض

متعددة، وإنهاك مقدم الرعاية) -ولا يُشترط أن يتوقف علاج قلبه.[3]

وتقوم الرعاية على ثلاثة مستويات: نهجٌ عام تمارسه الفرق الأساسية -وأنت منها - واستشارة تخصصية، ورعاية تخصصية مباشرة؛ والاختيار بتعقيد الحاجة لا بالتشخيص. **ويبقى الفريق المعالج مسؤولًا؛ فلا تعني الاستشارة انتقال المسؤولية.**

و**«ليست تخليًا» معناها:** حين يتغير الهدف من مقاومة المرض إلى الراحة لا ينسحب الطب؛ يبقى الألم قابلًا للعلاج، والخوف قابلًا للتخفيف، والمريض مستحقًا للصدق والكرامة. فعبارة «لم يعد هناك شيء يمكن فعله» تصف عجز الطبيب عن الشفاء، لا عجزه عن الرعاية.

القواعد الحاكمة

- الرعاية التلطيفية نهجٌ يبدأ بالحاجة لا بقرب الوفاة، ولا يشترط لبدئه إيقاف العلاج الموجَّه للمرض.
- **لا يوصف عرضٌ بالمستعصي** قبل استيفاء تقييمه وتجربة بدائله وتوثيق ذلك.
- **مشروعية المسكن والمهدئ تظهر في الاستطباب والجرعة والتدرج والمراقبة والتوثيق، لا في النية المجردة.**
- الأسرة شريك أساسي لكنها لا تحل محل المريض المؤهل.
- ترك تدخل غير نافع تعديلٌ لهدف العلاج لا إنهاء للرعاية.

الأفيونات: ما يجب أن تعرفه قبل أول وصفة

يُشترط للأفيونات: استطباب واضح، واختيار الدواء والطريق المناسبين، ومراعاة الكلى والكبد، والبدء بجرعة مناسبة والمعايرة، والوقاية من الآثار (ومنها الإمساك)، ومراقبة الوعي والتنفس، وتثقيف المريض والأسرة، والتوثيق.

وفرّق بين ثلاثة يخلط بينها الطلاب: التحمل انخفاض الاستجابة مع الزمن، **والاعتماد الجسدي** ظهور أعراض انسحاب عند الإيقاف المفاجئ، **والإدمان** نمط سلوكي قهري رغم الضرر. فلا يعني الأولان وجود الثالث، ولا يبرر الخوف العام ترك الألم دون علاج.[4]

وضيق النفس لا يشترط أن تتطابق شدته مع قياس الأكسجة؛ فقد يعاني المريض اختناقًا شديدًا دون نقص شديد في الأكسجين. وقد تُستخدم الأفيونات بجرعات علاجية متدرجة لتخفيفه في حالات مختارة، **وهو استعمال علاجي لا يعد تسكينًا تلطيفيًا ولا**

تعجيلًا بالموت.[5]

والتسكين التلطيفي يجمع حكمه جهتان: حكم الفريق بأن المعاناة لا تقبل علاجًا مقبولًا، وحكم المريض بأنها غير محتملة. والأصل البدء بأقل درجة تحقق الهدف ثم التدرج؛ فلا يكون التسكين العميق المستمر خيارًا أول.[2] **ولا يعني بدؤه إيقاف التغذية أو المضادات أو الأكسجين تلقائيًا؛ بل يقيَّم كل تدخل استقلالًا.**

الأساس الشرعي

عناصر الرعاية التلطيفية مندرجة في أبواب التداوي وعيادة المريض وحفظ النفس ورفع الضرر. وقد صح قوله ﷺ: «ما أَنْزَلَ اللَّهُ داءً إلا أَنْزَلَ له شِفاءً»، وقوله: «تَدَاوَوْا عِبَادَ اللهِ»، وقوله: «لا ضَرَرَ ولا ضِرارَ». وكان إذا دخل على مريض قال: «لا بَأْسَ، طَهُورٌ إِنْ شَاءَ اللَّهُ» -وفيه أصل نبوي في **الرجاء الصادق وتطييب النفس من غير كذب.**[6]

والنص الجامع قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم **67 (5/7)** بشأن العلاج الطبي (الدورة السابعة، جدة، 1412هـ/1992م). وأهم ما فيه لبابنا نصه: «وعلى الأطباء وذوي المرضى تقوية معنويات المريض، والدأب في رعايته وتخفيف آلامه النفسية والبدنية **بصرف النظر عن توقع الشفاء أو عدمه**»؛ وأن «ما يعتبر حالة ميؤوسًا من علاجها هو بحسب تقدير الأطباء وإمكانات الطب المتاحة في كل زمان ومكان وتبعًا لظروف المرضى». فالرعاية وتخفيف المعاناة مطلوب شرعي **لا يسقط بضعف رجاء الشفاء**، ووصف اليأس تقدير طبي متغير لا حكم مطلق.[7]

وجاء في فتوى الشيخ ابن باز في إيقاف العلاج عمن لا يُرجى شفاؤه: «يجب العلاج والعناية حسب الطاقة على المسؤولين، وإذا علموا أنه لا فائدة في الطب، وأن الدواء لا ينفع ولا يفيد؛ فلا بأس أن يتركوه ويدعوه؛ لأن المقصود من الدواء الفائدة». فترك الدواء غير المفيد **لا يعني ترك التسكين أو التمريض.**[8]

ولا يجوز منع المسكن بحجة أن المعاناة تكفّر الذنوب؛ فالأمر النبوي بالتداوي وقرار المجمع بوجوب تخفيف الآلام يقتضيان دفع الألم، وكون المصيبة مكفِّرة لا يستلزم ترك دفعها.

والضابط الجامع الذي عليه عامة المعاصرين: يجوز استعمال المسكنات والمهدئات اللازمة ولو ترتب عليها نعاس أو أثر جانبي غير مقصود، متى ثبتت الحاجة، وتناسبت الجرعة، وقُصد العلاج لا إنهاء الحياة، ورُوعي الرضا، واستمرت المراقبة

والتوثيق.

وإذا رفض المريض زيادة المسكن خوفًا من العجز عن الصلاة أو الوصية، فتفضيله يدخل في أهداف الرعاية، ويُطلب أقل جرعة تحقق الراحة وتحفظ الوعي بقدر الإمكان: ﴿فَاتَّقُوا اللَّهَ مَا اسْتَطَعْتُمْ﴾. ومن فقد وعيه بعلاج ضروري فهو معذور فيما عجز عنه - **لكنه لا يُترك في ألم أو اختناق مستعصٍ بحجة حفظ وعيه.**

حد الاستدلال: قرار أجهزة الإنعاش 17 (5/3) نطاقه ثبوت الوفاة ورفع الأجهزة بعدها، وفتوى اللجنة الدائمة رقم (12086) نطاقها الإنعاش القلبي الرئوي وآلاته. **فلا تُجعل هذه النصوص مستندًا عامًا للتسكين ولا لجرعات المسكنات ولا للرعاية التلطيفية.**[9]

التسكين المتناسب: ضوابطه الفقهية في سطور

القاعدة الأولى التي تحفظها: **المادة الأفيونية لا تُحكم بذاتها.** فقد تكون علاجًا مشروعًا لحاجة بجرعة منضبطة، وفعلًا محرمًا إذا قُصد بها الوفاة. والقواعد المنظِّمة: «الضرر يزال»، و«المشقة تجلب التيسير»، و«الأمور بمقاصدها»، و«الضرورات تقدر بقدرها»، و«الوسائل لها أحكام المقاصد» -على أنها لا تُطبَّق على دواء قبل معرفة التشخيص والعرض والجرعة والبدائل؛ **فالحكم على الشيء فرع عن تصوره.**

وميّز بين أربع صور يخلط بينها كثيرون:

الصورة	القصد	حكمها
تسكين الألم	تخفيف الألم لا خفض الوعي	تداوٍ مشروع
علاج ضيق النفس بجرعة علاجية	تخفيف الاختناق	تداوٍ مشروع
النعاس أثرًا جانبيًا	غير مقصود	لا حرج مع المراقبة
التسكين التلطيفي	خفض الوعي بالقدر الضروري	جائز بشروطه

فالصور الثلاث الأولى داخلة في أصل مشروعية التداوي، أما الرابعة فجوازها هو الراجح عند أكثر المعاصرين، وخالف بعضهم في التسكين العميق المستمر خاصة احتياطًا للنفس. **وشروط التسكين التلطيفي -كما يجمعها المعاصرون وأختارها - سبعة:** ثبوت الاستعصاء بالتقييم والتوثيق، وتعذر البديل الأخف، وقصد تخفيف المعاناة، والجرعة المتناسبة المتدرجة، وقرار فريق مختص، ورضا المريض أو ممثله، واستمرار المراقبة والرعاية. والذي أختاره في تكييفه: **تداوٍ لعرض مستعصٍ بوسيلة**

تخفض الوعي بالقدر اللازم، لا فعل يُقصد به إزهاق النفس. ويعزز ذلك أن التسكين المنضبط لم يرتبط بتقصير البقاء.[10] **ولا يجوز التعجيل بالموت بطلب المريض أو الأسرة بحال.**[11]

مثال سريع: مريضة بسرطان رئة تشكو اختناقًا لا يهدأ، وطلبت «أن تنام». راجع الفريق فوجد أن جرعة الأفيون لم تبلغ الحد الأمثل ولم يُعالج القلق المصاحب. هنا **لم يثبت الاستعصاء بعد**، فيُستكمل العلاج المتدرج قبل أي حديث عن تسكين. فإن استُكمل وبقي الاختناق غير محتمل -بحكم الفريق على قابلية العلاج وحكم المريضة على الاحتمال معًا -بُدئ بأقل خفض للوعي، ومُكِّنت قبله من الصلاة والوصية والوداع متى سمحت الحالة.

واسأل نفسك عند كل جرعة سؤال الضبط: **هل الدرجة أقل ما يحقق الراحة؟ وهل الموافقة موثقة؟** وسجّل في الملف: العرض، والهدف، والبدائل، والموافقة، والجرعة، والمراقبة، والاستجابة.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
المادة الخامسة	احترام الحياة والسلامة والكرامة
المادة الثامنة	مساعدة من في حالة خطرة
المادة التاسعة	استهداف مصلحة المريض
المادة الخامسة عشرة	العناية في التشخيص ودقة التقارير
المادة السابعة عشرة	الاستشارة عند الحاجة
المادة الثامنة عشرة	الشرح، وتقدير الإبلاغ مقيَّدًا بإرادة المريض
المادة التاسعة عشرة	الرضا، وحظر إنهاء الحياة
نظام مكافحة المخدرات	ترخيص الاستعمال الطبي بضوابط الصرف

وتضيف اللائحة التنفيذية نصًا مهمًا: «يجب على الممارس الصحي أن لا يقوم بأي عمل طبي لا يحقق فائدة للمريض حتى ولو لم يترتب ضرر عليه». فالنصوص تمنع **التخلي** وتمنع **الإجراء غير المفيد** معًا.[12]

والمادة الثامنة عشرة هي مرجعك المباشر في مسألة الصدق: فهي تعطي الطبيب في الأمراض المستعصية تقدير «مدى ملاءمة إبلاغ المريض أو ذويه بحقيقة المرض». **لكن التقدير مقيَّد بإرادة المريض نفسه:** «ما لم يكن المريض حظر عليه ذلك، أو عيّن

شخصًا أو أشخاصًا يقتصر الإبلاغ عليهم». فلا يُفهم منها ترخيص دائم للأسرة في مصادرة المعلومة عن مريض مؤهل يطلبها.[11]

وتخضع الأفيونات وبعض المهدئات لنظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/39) وتاريخ 1426/7/8هـ، المرخِّص استعمالها للأغراض الطبية بضوابط. **فلا يؤدي الخوف من المساءلة إلى علاج ناقص للألم، ولا يُستعمل شعار تخفيف الألم لتجاوز قواعد الوصف.**[13]

وأما السياسة الوطنية لعدم الإنعاش فقد نصّت على أن **أمر عدم الإنعاش لا يخفض مستوى الرعاية**، وأن يستمر المريض في تلقي الرعاية المناسبة ومنها التلطيفية، وتفصيل قرار عدم الإنعاش في الفصل الحادي والأربعين.[14] وللرعاية المنزلية دليل صادر عن وزارة الصحة (ديسمبر 2024م). ويُشترط للخروج الآمن: موافقة المريض، وتقييم المنزل والأسرة، وتوافر الأدوية والمعدات، وتدريب مقدم الرعاية، وخطة تدهور واتصال، وإمكان العودة.[15]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
تحريم التعجيل بالموت ولو بطلب المريض أو الأسرة	نص قطعي	نصوص حرمة النفس، واتفاق المجامع الفقهية والفتاوى[11]
مشروعية التداوي والأمر به، ونفي الضرر، والتكليف بقدر الاستطاعة	نص قطعي	«تداووا عباد الله»، «لا ضرر ولا ضرار»، ﴿فَاتَّقُوا اللَّهَ مَا اسْتَطَعْتُمْ﴾[6]
وجوب الدأب في رعاية المريض وتخفيف آلامه بصرف النظر عن توقع الشفاء	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7)[7]
جواز ترك الدواء غير المفيد مع وجوب العناية بحسب الطاقة	فتوى	الشيخ عبد العزيز بن باز[8]
جواز المسكنات والمهدئات اللازمة ولو ترتب عليها نعاس غير مقصود بشروطها	قول راجح	عامة المعاصرين بناء على «الأمور بمقاصدها» و«الضرر يزال»
جواز التسكين التلطيفي بشروطه السبعة	قول راجح	الراجح عند أكثر المعاصرين، وخالف بعضهم في التسكين العميق المستمر2، 7، 8، _ref_s44]6 10s44_ref_[10

تكييف التسكين التلطيفي تداويًا لعرض مستعصٍ، وترتيب الصور الأربع	اجتهاد المؤلف	تنزيل القواعد الفقهية على صور التسكين

أين يقع الخطأ عادةً؟

- **ربط الإحالة التلطيفية بقرب الوفاة أو بتوقف العلاج**، فتتأخر عمن يحتاجها مبكرًا.
- **منع المسكن اللازم** خوفًا من الإدمان أو بحجة أن المعاناة تكفّر الذنوب -أو وصفه بلا معايرة ولا مراقبة.
- **القفز إلى تسكين عميق مستمر** بعبارة «راحة المريض» قبل استكمال العلاج المقبول.
- **فهم أمر عدم الإنعاش أو بدء التسكين على أنه خفضٌ لبقية الرعاية.**

خلاصة عملية

كيف تتحدث؟ استكشف ما يعرفه المريض ومقدار ما يريد معرفته، وقدّم المعلومات تدريجيًا، واعترف بعدم اليقين. وإذا طلبت الأسرة الحجب فلا تبدأ بالمواجهة: استكشف السبب، ثم اسأل المريض نفسه -أيفضل المعرفة أم التفويض؟ والصدق **يعيد توجيه الأمل لا يقتله**: قد ينتقل الأمل من الشفاء إلى تخفيف الألم أو العودة إلى المنزل أو إتمام وصية.

وأي رغبة في الموت تُقيَّم بجدية؛ فقد تنشأ من ألم غير معالج أو اكتئاب أو شعور بالعبء، وتتحسن بعلاج السبب. ويُميَّز الحزن الطبيعي عن الاكتئاب والهذيان.

وحين تقل التدخلات تزداد قيمة الصغائر: ترطيب الفم، وعلاج الفطريات، والوقاية من قرح الضغط، والوضعية، وتمكين الأسرة من الحضور. وهذه قد تصبح أهم ما تقدمه للمريض.

واحفظ مبدأ **عدم التخلي**: إيقاف تدخل معين لا يعني انتهاء الرعاية؛ فيبقى علاج الأعراض والتمريض والدعم والتواصل وإعادة التقييم.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: ألم شديد وخوف الأسرة من الأفيونات

| **السيناريو.** مريض مؤهل بسرطان متقدم يشكو ألمًا شديدًا عطّل نومه وحركته وعبادته،

ويطلب تسكينًا فعالًا. ترفض أسرته الأفيونات خوفًا من الإدمان، وتطلب الاكتفاء بمسكن ضعيف «حتى لا يتعود».

| **الركن الطبي.** يُقيَّم الألم وطبيعته أولًا: هل فيه مكوّن عصبي؟ وهل ثمة كسور أو نقائل عظمية؟ فقد يحتاج المريض علاجًا مركبًا يجمع الأفيون مع أدوية مساعدة أو إشعاع بحسب السبب [16] [17]. ويبدأ الأفيون بجرعة علاجية متدرجة مع الوقاية من الإمساك ومراقبة الوعي والتنفس، ويُفرَّق بين التحمل والاعتماد الجسدي المتوقعين وبين الإدمان السلوكي [18].

| **الركن الأخلاقي.** ترك مريض مؤهل في ألم شديد قابل للعلاج إخلال بالإحسان وعدم الإضرار. وخوف الأسرة مفهوم ويستحق التفسير، لكنه لا يلغي رغبة المريض المؤهل؛ فالأسرة شريك أساسي لا بديل [11] [19]. والعدالة تمنع حرمان أي مريض من تسكين ألم السرطان بسبب وصمة أو تاريخ.

| **الركن الفقهي.** الأمر النبوي بالتداوي ونفي الضرر نص [6]، وقرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7) يوجب الدأب في تخفيف الآلام بصرف النظر عن توقع الشفاء [7]. وجواز المسكنات اللازمة ولو ترتب عليها نعاس غير مقصود قول راجح عليه عامة المعاصرين، متى ثبتت الحاجة وتناسبت الجرعة وقُصد العلاج. ولا ينافي تسكينُ الألم الصبرَ، ولا يجوز إبقاء المريض في معاناة بحجة أن المصيبة تكفّر الذنوب؛ فكونها مكفِّرة لا يستلزم ترك دفعها.

| **الركن النظامي.** المادة الخامسة من نظام مزاولة المهن الصحية توجب احترام الحياة والكرامة، والمادة التاسعة تستهدف مصلحة المريض، والتاسعة عشرة تجعل الرضا للمريض نفسه [11]. وتخضع الأفيونات لنظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية الذي يرخّص استعمالها الطبي بضوابط الصرف [13]، فلا يؤدي الخوف من المساءلة إلى علاج ناقص للألم.

القرار المهني الموزون. يُبدأ الأفيون بجرعة علاجية متدرجة مع الوقاية والمراقبة والتوثيق، ويُضاف ما يقتضيه السبب من أدوية مساعدة أو إشعاع. ويُشرح للمريض والأسرة أن الهدف علاج الألم لا إحداث النوم أو الوفاة، وأن الاعتماد الجسدي متوقع ولا يعني الإدمان السلوكي. واستُبعد تأجيل المسكن حتى تقتنع الأسرة، لأنه يقدّم خوف الغير على حق مريض مؤهل؛ واستُبعد المسكن الضعيف مع بقاء الألم لأنه علاج ناقص. ويُراجع القرار عند كل معايرة وعند ظهور نعاس زائد. ولو كان للمريض تاريخ اضطراب استعمال مواد لم يمنع ذلك علاج ألمه، بل أوجب خطة أدق وصرفًا منضبطًا ومراقبة أوثق دون وقف التسكين.

الحالة الثانية: ضيق نفس مستعصٍ وطلب المريض «النوم»

| **السيناريو.** مريض في مرحلة متقدمة من مرضه يشكو اختناقًا لا يهدأ، ويقول: «لا أريد دواء يقتلني، لكنني لا أحتمل هذا الاختناق»، ويطلب «أن ينام». الفريق منقسم بين من يرى البدء بتسكين عميق فورًا، ومن يخشى أن يكون ذلك تعجيلًا بالموت.

| **الركن الطبي.** يُتأكد أولًا من معالجة الأسباب القابلة للعكس، وملاءمة جرعة الأفيونات لضيق النفس، وعلاج القلق المصاحب الذي قد يضخم الإحساس [20] [5]؛ فشدة الاختناق لا يشترط أن تتطابق مع قياس الأكسجة. ولا يوصف العرض بالمستعصي قبل استيفاء تقييمه وتجربة بدائله وتوثيق ذلك [2]. فلو تبين أن جرعة الأفيون لم تبلغ الحد الأمثل لم يكن العرض مستعصيًا بعد، ووجب استكمال العلاج المتدرج قبل أي حديث عن تسكين عميق.

| **الركن الأخلاقي.** يُتأكد أن طلبه «النوم» طلبٌ للخلاص من عرض لا يُحتمل، لا طلبٌ للوفاة. والاستعصاء يجمع حكمه جهتان: حكم الفريق على قابلية العلاج، وحكم المريض على الاحتمال [21]. ويُطمأن: «سنبدأ بأقل جرعة تحقق الراحة ولن نخفض الوعي أكثر مما تستدعيه المعاناة». ولا يعني بدء التسكين إيقاف التغذية أو المضادات أو الأكسجين تلقائيًا.

| **الركن الفقهي.** تحريم التعجيل بالموت ولو بطلب المريض نص قطعي [11]. وجواز التسكين التلطيفي بشروطه السبعة قول راجح عند أكثر المعاصرين، وخالف بعضهم في التسكين العميق المستمر احتياطًا للنفس [2، 10]. والذي أختاره في تكييفه أنه تداوٍ لعرض مستعصٍ بوسيلة تخفض الوعي بالقدر اللازم، لا فعل يُقصد به إزهاق النفس؛ على قاعدتي «الأمور بمقاصدها» و«الضرورات تقدر بقدرها». ومن فقد وعيه بعلاج ضروري فهو معذور فيما عجز عنه، لكنه لا يُترك في اختناق مستعصٍ بحجة حفظ وعيه.

| **الركن النظامي.** المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية تشترط رضا المريض وتحظر إنهاء الحياة [11]، واللائحة التنفيذية تمنع العمل الطبي الذي لا يحقق فائدة [12]. والأفيونات والمهدئات خاضعة لنظام مكافحة المخدرات بضوابط الصرف [13]. ويُسجَّل في الملف: العرض، والهدف، والبدائل، والموافقة، والجرعة، والمراقبة، والاستجابة.

القرار المهني الموزون. يُستكمل العلاج المتدرج أولًا. فإن بقي الاختناق غير محتمل بحكم الفريق والمريض معًا، بُدئ بتسكين متناسب تدريجي بأقل خفض للوعي، ولا يُنتقل إلى الأعمق إلا عند الاستعصاء، بقرار فريق مختص ورضا موثق. ويُمكَّن قبله من الصلاة والوصية والوداع متى سمحت الحالة، وتستمر العناية بالفم والجلد ودعم الأسرة. واستُبعد التسكين العميق المستمر خيارًا أول لأنه يتجاوز أقل ما يحقق الراحة، واستُبعد تركه في اختناقه بحجة حفظ الوعي. ويُراجع القرار عند كل جرعة بسؤالين: هل الدرجة أقل ما يحقق الراحة؟ وهل الموافقة موثقة؟

الحالة الثالثة: «أتمنى ألا أستيقظ» مع فشل قلب متقدم

| **السيناريو.** مريض بفشل قلبي متقدم يتكرر تنويمه، قال لطبيبه: «أتمنى ألا أستيقظ». ابنته تركت عملها لرعايته، وهو يشعر أنه عبء عليها، ويعتقد أن مرضه عقوبة من الله على ذنوب سابقة. وضيق نفسه وأرقه غير مضبوطين.

| **الركن الطبي.** العبارة استغاثة تستوجب تقييمًا جادًا: الاكتئاب، والأفكار الانتحارية والخطة والوسيلة، والهذيان، والسيطرة على الأعراض، والنوم، والشعور بالعبء والذنب، والضائقة الروحية [25]. ويُميَّز الحزن الطبيعي عن الاكتئاب والهذيان. وقد اجتمعت هنا مؤشرات الإحالة التلطيفية: تكرر التنويم، وأعراض متعددة، وإنهاك مقدم الرعاية [3].

| **الركن الأخلاقي.** رغبة الموت لا تُوثَّق طلبًا لإنهاء الحياة ولا تُهمَل؛ فقد تنشأ من ألم غير معالج أو اكتئاب أو شعور بالعبء، وتتحسن بعلاج السبب. ويُسأل صراحة: «هل تتمنى انتهاء المعاناة فقط، أم فكرت في إيذاء نفسك؟». والكرامة تُترجم إلى أفعال: ألا يُتحدث عنه كأنه غائب، وأن يُمكَّن من التواصل والدعم الأسري والروحي، من غير افتراض احتياجات روحية واحدة لكل المرضى.

| **الركن الفقهي.** لا يصح الجزم بأن المرض عقوبة؛ فقد يكون ابتلاءً ورفعة، ولا يملك أحد حكمًا قطعيًا عن سبب مرض شخص بعينه. والدعم الديني يقوم على النص النبوي في الرجاء الصادق «لا بأس طهور إن شاء الله» [6]. وتحريم التعجيل بالموت ولو بطلب المريض نص قطعي [11]، ووجوب الدأب في تخفيف آلامه النفسية والبدنية قرار مجمعي [7]. فرغبة الموت هنا معاناة تُعالَج لا طلب يُجاب.

| **الركن النظامي.** المادة الخامسة من نظام مزاولة المهن الصحية توجب احترام الحياة والسلامة والكرامة، والثامنة توجب مساعدة من في حالة خطرة، والتاسعة عشرة تحظر إنهاء الحياة [11]. والاستشارة النفسية والتلطيفية عند الحاجة مقتضى المادة السابعة عشرة، ويبقى الفريق المعالج مسؤولًا.

القرار المهني الموزون. توضع خطة متكاملة: علاج الاكتئاب إن ثبت، وعلاج متمركز حول المعنى أو علاج الكرامة [26] [27] [28]، وجلسة أسرية لمعالجة الشعور بالعبء، وتدخل اجتماعي لتخفيف ضغط الرعاية عن ابنته، ودعم ديني بطلبه، مع ضبط ضيق النفس والنوم. واستُبعدت الطمأنة اللفظية العابرة لأنها تهمل استغاثة، واستُبعدت زيادة المهدئ حتى ينام لأنها تُسكِت العرض بلا تشخيص. ويُغيَّر المسار فورًا لو كشف التقييم أفكارًا انتحارية نشطة بخطة ووسيلة: تدخل نفسي عاجل، وخطة أمان فورية، وإشراف مباشر.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف تتكرر في الممارسة، وجوابها ثابت بضابطه، ولا يحتاج إلى تحليل مطوّل بالأركان:

اعتراض الأسرة على الإحالة التلطيفية بوصفها «استسلامًا». تُقبل الإحالة ويُصحَّح الفهم: هي خدمة تُقدَّم بحسب الحاجة بالتوازي مع العلاج الموجّه للمرض، لا مرحلة أخيرة؛ وتعدد الأعراض والقلق الأسري مؤشران كافيان للإدماج المبكر الذي أثبتت التجارب نفعه. يقال للأسرة: «الإحالة لا تعني توقف علاج المرض، بل إضافة فريق يخفف الأعراض ويدعمكم». الضابط: المعيار الحاجة الفعلية لا توقع البقاء.

رغبة المريض في الرعاية بالمنزل مع اختلاف الأسرة. لا تُنفَّذ الرغبة دون تقييم المنزل وقدرة الأسرة وتوافر الأدوية والمعدات وخطة تدهور واتصال وإمكان العودة، ولا تُرفض دون بحث البدائل. ويُعقد اجتماع عائلي يوزع المهام ويسمع للمعترض؛ فقد يكون اعتراضه إنهاكًا واقعيًا لا قلة وفاء، وتُطبَّق قاعدة الاستطاعة: ﴿لَا يُكَلِّفُ ٱللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا﴾. الضابط: مكان الرعاية المفضل حقٌّ مشروط بالأمان واستمرارية الدعم.

فهم أمر عدم الإنعاش أو بدء التسكين خفضًا لبقية الرعاية. لا يخفض أمر عدم الإنعاش مستوى الرعاية؛ فتستمر المسكنات والمضادات والتمريض والدعم بحسب الاستطباب، كما نصت السياسة الوطنية. وكذلك بدء التسكين لا يوقف التغذية أو المضادات أو الأكسجين تلقائيًا؛ بل يقيَّم كل تدخل استقلالًا. الضابط: الانتقال تعديلٌ لأهداف العلاج لا إنهاء للرعاية، ويُصحَّح في السجل كل تعميم يُفهم منه غيره.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. أثناء مناوبتك اقترحت إحالة مريض بسرطان متقدم إلى الرعاية التلطيفية، فقال الزميل: «ما زال يتلقى علاجًا كيميائيًا، الإحالة سابقة لأوانها». ما الصحيح؟

أ) الزميل محق، فالإحالة تكون بعد إيقاف العلاج الموجّه للمرض

ب) الزميل محق، فالإحالة تكون عند توقع الوفاة خلال أسابيع

ج) الإحالة صحيحة، فمعيارها الحاجة الفعلية أو تعقيد القرار لا قرب الوفاة ولا إيقاف العلاج

د) الإحالة صحيحة فقط إذا وافقت الأسرة كتابةً

2. أثناء المناوبة أعطيت مريضًا بألم عظمي جرعة مورفين متدرجة فنام ساعتين. فقال زميلك: «هذا تسكين تلطيفي ويحتاج مو افقة مكتوبة». ما الصحيح؟

أ) النعاس هنا أثر جانبي غير مقصود لعلاج ألم، لا تسكين تلطيفي؛ ويُراقَب الوعي والتنفس ويُوثَّق

ب) الزميل محق، فكل نوم بعد أفيون تسكين تلطيفي

ج) يُوقف المورفين حتى يُستشار فريق الرعاية التلطيفية

د) تُخفَّض الجرعة إلى ما لا يسبب أي نعاس ولو بقي الألم

3. مريض بدئ له تسكين تلطيفي لضيق نفس مستعصٍ. فطلب مقيم إيقاف السو ائل والمضاد الحيوي والأكسجين «لأن التسكين بدأ». ما الصحيح؟

أ) طلب صحيح، فبدء التسكين يعني الانتقال إلى الراحة فقط

ب) طلب صحيح إذا وافقت الأسرة

ج) طلب غير صحيح، فبدء التسكين لا يوقف تدخلات أخرى تلقائيًا ويقيَّم كل تدخل استقلالًا

د) طلب غير صحيح إلا في الأيام الأخيرة

4. مريض يعاني اختناقًا شديدًا مع قياس أكسجة شبه طبيعي. ما الاستنتاج الصحيح؟

أ) الإحساس نفسي بحت ويُعالج بمضاد قلق فقط

ب) لا يشترط تطابق شدة الإحساس مع قياس الأكسجة، ويُقيَّم السبب والقلق المصاحب والوضعية

ج) لا يُعالج ضيق النفس ما دامت الأكسجة مقبولة

د) يُبدأ فورًا تسكين عميق مستمر

5. رفض مقيم زيادة جرعة المسكن لمريض نهائي يتألم قائلًا: «فتوى اللجنة الدائمة (12086) تجيز ترك الإنعاش لمن لا يُرجى شفاؤه، فمن باب أولى ترك المسكنات». ما الخلل في استدلاله؟

أ) لا خلل، فالفتوى تشمل كل تدخل في المريض النهائي

ب) الخلل أن نطاق الفتوى الإنعاش القلبي الرئوي وآلاته، ولا تتناول التسكين، وتخفيف الآلام واجب بقرار المجمع بصرف النظر عن توقع الشفاء

ج) الخلل أن الفتوى تنظم صرف الأفيونات ولا تتكلم في الإنعاش

د) الخلل أنه لم يأخذ موافقة الأسرة على ترك المسكن

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) أ • 3) ج • 4) ب • 5) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] World Health Organization. Palliative care (fact sheet); .2020

[2] Cherny NI, Radbruch L; EAPC Board. EAPC recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine. 2009;23(7):581–.593

[3] Kavalieratos D, et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: systematic review and meta-analysis. JAMA. 2016;316(20):2104–.2114

[4] World Health Organization. WHO Guidelines for the Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents; .2018

[5] Hui D, et al. Management of dyspnea in advanced cancer: ASCO guideline. Journal of Clinical Oncology. 2021;39(12):1389–.1411

[6] البخاري، محمد بن إسماعيل. الجامع المسند الصحيح. دار طوق النجاة (الحديثان 5656 «لا بأس طهور إن شاء الله» و5678 «ما أنزل الله داء إلا أنزل له شفاء»). وحديث «تداووا عباد الله» أخرجه أبو داود (3855) والترمذي (2038) وابن ماجه (3436)؛ وحديث «لا ضرر ولا ضرار» أخرجه ابن ماجه (2340) وأحمد ومالك في الموطأ.

[7] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. القرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، الدورة السابعة، جدة،

1412هـ / 1992م.

[8] ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. ما حكم إيقاف العلاج عمن لا يُرجى شفاؤه؟ (الفتوى رقم 21095). الموقع الرسمي.

[9] اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. الفتوى رقم (12086) في حكم استعمال أجهزة الإنعاش. فتاوى اللجنة الدائمة، ج25، ص78–80.

[10] Maltoni M, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. Journal of Clinical Oncology. 2012;30(12):1378–.1383

[11] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ وتعديلاته.

[12] وزارة الصحة. اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، القرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 1439/1/2هـ.

[13] المملكة العربية السعودية. نظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية، المرسوم الملكي رقم (م/39) وتاريخ 1426/7/8هـ.

[14] المجلس الصحي السعودي. السياسة والإجراء الوطنيان لحالة عدم الإنعاش (قرار 64/3 وتاريخ 1434/3/1هـ؛ النسخة النهائية 1438/6/14هـ).

[15] وزارة الصحة. دليل عملي لتنفيذ برنامج الرعاية التلطيفية المنزلية؛ 2024.

[16] Caraceni A, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: EAPC recommendations. The Lancet Oncology. 2012;13(2):e58–e.68

[17] Paice JA, et al. Use of opioids for adults with pain from cancer: ASCO guideline. Journal of Clinical Oncology. 2023;41(4):914–.930

[18] NICE. Palliative care for adults: strong opioids for pain relief (CG140); .2012

[19] وزارة الصحة والمركز السعودي لسلامة المرضى. الدليل السعودي للإذن الطبي؛ 2019.

[20] Currow DC, et al. Once-daily opioids for chronic dyspnea. Journal of Pain and Symptom Management. 2011;42(3):388–.399

[21] Surges SM, et al. Revised EAPC recommended framework on palliative sedation: an international Delphi study. Palliative Medicine. 2024;38(2):213–.228

[22] Baile WF, et al. SPIKES -a six-step protocol for delivering bad news. The Oncologist. 2000;5(4):302–.311

[23] Ariadne Labs. Serious Illness Conversation Guide. Boston.

[24] وزارة الصحة. وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى.

[25] Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, eds. Oxford Textbook of

Palliative Medicine. 6th ed. Oxford University Press; .2021

[26]Chochinov HM, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience: a randomised controlled trial. The Lancet Oncology. 2011;12(8):753–.762

[27]Breitbart W, et al. Meaning-centered group psychotherapy. Journal of Clinical Oncology. 2015;33(7):749–.754

[28]Vuksanovic D, et al. Dignity therapy and life review for palliative care patients: an RCT. Journal of Pain and Symptom Management. 2017;53(2):162–.170

[29]American Academy of Pediatrics. Pediatric palliative care and hospice care commitments, guidelines, and recommendations. Pediatrics. 2013;132(5):966–.972

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

التغذية والإرواء الصناعيان

Chapter 44 -Artificial Nutrition and Hydration

حوّل حرص الأسرة إلى ما ينفع: الإطعام الحاني، والعناية بالفم.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

ستقف يومًا أمام أسرة تقول لك: «أتريدون أن تجوّعوه؟» لأنك اقترحت عدم تركيب أنبوب تغذية. وهذا أشد مواقف نهاية الحياة إثارةً للمشاعر؛ لأن الطعام والشراب في الخبرة الإنسانية أكثر من وسيلتين لإمداد الجسد: هما مرتبطان بالحياة والرحمة والضيافة والروابط الأسرية.

وجانب كبير من الإشكال ينشأ من خلط واحد: **بين الطعام والشراب الطبيعيين** اللذين يتناولهما الإنسان بإرادته وقدرته، **وبين التغذية والإرواء المقدَّمين بوسائل طبية** -أنبوب أنفي معدي، أو فغر معدة، أو تغذية وريدية، أو سوائل وريدية أو تحت الجلد.

وزاوية هذا الفصل: **التغذية الصناعية ودرجات منفعتها.** أما قرار الإنعاش ففي فصله، ومعيار الجدوى العام في فصل «جدوى العلاج»، وأهداف الرعاية والتسكين في فصل «الرعاية التلطيفية»، وإثبات الوفاة في فصل «الموت الدماغي».

أربعة أسئلة قبل أي قرار

لا تحكم قبل أن تحدد: **ماذا يُعطى للمريض؟ وبأي وسيلة؟ وما الهدف الطبي من إعطائه؟ وهل يستطيع جسمه الانتفاع به؟**

فالحكم لا يُبنى على اسم التدخل وحده. لا يقال إن التغذية الصناعية نافعة دائمًا لأنها «غذاء»، ولا إنها عديمة الفائدة دائمًا لأن المريض في نهاية الحياة. قد تكون ضرورية مؤقتة بعد سكتة دماغية حديثة، وقد تحفظ حياة طفل مصاب بمرض عصبي مزمن سنوات، وقد تعوّض فشلًا معويًا دائمًا لدى مريض مستقر. وقد تصير شديدة العبء قليلة الفائدة لدى محتضر بفشل أعضاء متعدد لا يستطيع جسمه الانتفاع بما يقدَّم له.

درجات المنفعة الطبية: الجسر الذي تعبر عليه

هذا هو مفتاح الفصل. صنّف التدخل في كل حالة إلى إحدى أربع درجات:

• **منفعة واضحة:** يعالج سببًا قابلًا للعكس أو يعوّض وظيفة عضو، واحتمال النجاح مرتفع والأعباء مقبولة.

• **منفعة محتملة:** فرصة واقعية مع عدم يقين -والأنسب هنا **تجربة علاجية محددة المدة**.

• **منفعة محدودة:** أثر صغير أو قصير مع عبء معتبر -فتزداد أهمية قيم المريض وأهدافه.

• **ضرر راجح أو غياب هدف واقعي:** لا يحقق التدخل غايته، أو يزيد الاحتقان، أو يوجب قيودًا ومهدئات، أو دخل المريض مرحلة احتضار لا يستطيع فيها الانتفاع.

القواعد الحاكمة

• التغذية والإرواء الصناعيان **تدخلان طبيان** لهما استطباب وهدف وموافقة، لا طعام وشراب معتادان؛ فهما يُدخلان الغذاء عبر أنبوب أو قسطرة، ولهما مضاعفاتهما وشروط الانتفاع بهما [1]. وهذا الوصف هو الراجح عند أكثر المعاصرين والهيئات المهنية، ويرى فريق من الباحثين عدّهما من الرعاية الأساسية الواجبة ما دام الجسم ينتفع بهما.

• **الحكم يدور مع قدرة الجسم على الانتفاع وغلبة الظن بالمنفعة، لا مع اسم المرض أو قرب الوفاة.**

• التناسب حكم **متجدد** يُراجَع كلما تغيرت الحالة؛ فما بدأ نافعًا قد يصير ضارًا. ولا يتحدد الحكم بمجرد كون التدخل قد بدأ.

• **إيقاف وسيلة ليس إيقافًا للرعاية**؛ فالطعام الطبيعي عند القدرة، والعناية بالفم، وعلاج الأعراض واجبات لا ترتفع بحال.

ما تحتاج معرفته سريريًا

عالج الأسباب القابلة للعكس أولًا: الألم، والغثيان، والإمساك، وتقرحات الفم، واضطراب التذوق، وعسر البلع، وضيق النفس، والاكتئاب، والهذيان، وآثار العلاج، والانسداد. وراجع الأدوية وقيّم الفم والبلع.

حقيقة يجب التصريح بها: لا يصح تفسير تركيب الأنبوب -أنفيًا كان أو فغرًا -على أنه يضمن منع الالتهاب الرئوي الشفطي؛ فالمريض قد يشفط اللعاب أو محتويات المعدة حتى مع وجود الأنبوب.

وفي الخرف المتقدم: لم تثبت المراجعات المنهجية أن التغذية الأنبوبية تحسّن البقاء أو جودة الحياة أو الألم أو الحالة الوظيفية بصورة ثابتة، ولا تمنع الشفط.[2، 3] وثمة دليل على زيادة قرح الضغط، وأعباء معتبرة: محاولة نزع الأنبوب، والقيود أو المهدئات، والعدوى والتسرب والارتجاع، والنقل المتكرر. **لكن هذا الدليل رصدي في معظمه ومنخفض اليقين**؛ فلا يورث جزمًا بعدم الفائدة في كل مريض، لكنه ينفي وجود أساس للبدء الروتيني.[3]

وفي السكتة الدماغية الحديثة قد يتحسن البلع خلال أيام أو أسابيع؛ فالأنبوب الأنفي المعدي غالبًا خيار مؤقت، ولا يُتعجَّل فغر المعدة في المرحلة الأولى إذا كان احتمال التحسن قائمًا.[4]

وفي الأيام الأخيرة، ليس المنهج الصحيح إعطاء السوائل لجميع المحتضرين ولا منعها عنهم جميعًا؛ بل التقييم المتكرر، وشرح عدم اليقين، والسماح بالشرب عند القدرة، وتجربة عند احتمال الفائدة، ومراقبة الأثر، والتقليل أو الوقف عند ظهور الاحتقان.[5]

وفرّق بين ثلاثة: العطش إحساس ذاتي، و**جفاف الفم** قد ينتج عن التنفس الفموي والأكسجين والأدوية وقلة اللعاب، **ولا يستجيب بالضرورة للسوائل الوريدية**، و**الجفاف الجهازي** نقص سوائل الجسم أو الدوران. والقاعدة العملية: **علاج جفاف الفم عناية موضعية أولًا، وعلاج الجفاف الجهازي سوائل موجهة بهدف.**[5]

وانتبه لمتلازمة إعادة التغذية لدى الشديد الهزال أو المنخفض المدخول مدة طويلة: انخفاض الفوسفات والبوتاسيوم والمغنيسيوم واضطراب السوائل. فيُبدأ تدريجيًا، وتُراقب الشوارد وتُعوَّض، ويُعطى الثيامين قبل التغذية وخلال أيامها الأولى.[6]

الأساس الشرعي

نصوص الشريعة في الإطعام والسقي عظيمة الشأن: ﴿أَوْ إِطْعَامٌ فِي يَوْمٍ ذِي مَسْغَبَةٍ﴾، وفي الصحيحين في الرجل الذي سقى الكلب: «فَشَكَرَ اللَّهُ لَهُ فَغَفَرَ لَهُ»، وقوله ﷺ: «فِي كُلِّ كَبِدٍ رَطْبَةٍ أَجْرٌ»، وفي المقابل الوعيد في المرأة التي «دَخَلَتِ النَّارَ فِي هِرَّةٍ رَبَطَتْهَا، فَلَمْ تُطْعِمْهَا، وَلَمْ تَدَعْهَا تَأْكُلُ مِنْ خَشَاشِ الأَرْضِ».[7، 8]

وتدل هذه النصوص على عظم حرمة منع الطعام والماء عمن يحتاج إليهما ويستطيع الانتفاع بهما. **والأقرب عندي أنها لا تدل بذاتها على وجوب كل وسيلة**

صناعية في كل مرحلة مرضية؛ فإدخال الغذاء عبر أنبوب أو قسطرة مركزية يشتمل على عنصر طبي مستقل من حيث الاستطباب والمضاعفات والقدرة على الانتفاع.

والنص الحاكم في التداوي قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم **67 (5/7)** بشأن العلاج الطبي، الصادر عن الدورة السابعة بجدة (7–12 ذي القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م): الأصل في التداوي المشروعية، وحكمه يدور مع الحال -واجبًا، ومندوبًا، ومباحًا، ومكروهًا. وقرر المجمع في شقّ الحالات الميؤوس منها استمرار الرعاية وتخفيف الآلام **بصرف النظر عن توقع الشفاء**، وتفصيل سلّم أحكام التداوي في فصل «الإطار العام».[9]

هل إيقاف التغذية الصناعية «تجويع» أو «قتل صبرًا»؟

هذا أكثر الاعتراضات شيوعًا. والذي أختاره -وهو ما عليه أكثر المعاصرين -أن القياس لا يصح بإطلاق لاختلاف الأوصاف، مع أن بعض المعاصرين يرى وجوب استمرار الإرواء الأساسي ما أمكن احتياطًا:

- **صورة التجويع المحرَّم:** شخص **يستطيع الانتفاع** بالطعام، وحاجة جسدية قائمة، ومنع الطعام المتاح عنه بغير مسوغ، وقصد الإضرار أو الإهلاك، وكون المنع سببًا مباشرًا غالبًا للوفاة.
- **صورة وقف تدخل صناعي غير نافع:** مريض في مرض متقدم أو احتضار، **ضعفت قدرته على الانتفاع**، ووسيلة طبية ذات أعباء، وغلبة ضرر أو انعدام هدف علاجي، وقصد تجنب الضرر لا إحداث الوفاة، مع استمرار الطعام الطبيعي عند القدرة والعناية بالفم، وكون المرض الأصلي هو السبب الغالب للوفاة.

واسأل سؤالي السببية: **هل كان المريض سيموت قريبًا بمرضه حتى مع استمرار التدخل؟ وهل يعوّض التدخل وظيفة أساسية** -كمريض مستقر يعتمد كليًا على التغذية الوريدية لفشل دائم في الأمعاء، فيكون إيقافها سببًا مباشرًا متوقعًا للوفاة -**أم يخفف عرضًا فقط؟**

حدود الاستدلال: قرار 17 (5/3) يتعلق بمعايير تحقق الوفاة ورفع الأجهزة بعدها، ولا يتناول التغذية والإرواء لدى المريض الحي.[10] وفتوى اللجنة الدائمة رقم (12086) موضوعها الإنعاش القلبي الرئوي، **ولا يوسَّع حكمها تلقائيًا إلى التغذية والإرواء**.[11]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
المادة التاسعة	مصلحة المريض أساس العمل الطبي
اللائحة التنفيذية	حظر إجراء لا يحقق فائدة ولو بلا ضرر
المادة التاسعة عشرة	الرضا، والاستثناء الإسعافي، وحظر إنهاء الحياة
الدليل السعودي للإذن الطبي	عناصر الإذن ونطاق الإفصاح والأهلية[12]
وثيقة حقوق المرضى	الكرامة والمشاركة وعدم التخلي
نظام حماية الطفل	المصلحة الفضلى، وولاية مقيَّدة

ولا يوجد نص مستقل واحد يفصّل جميع أحكام بدء التغذية والإرواء الصناعيين واستمرارهما وإيقافهما. بل تتوزع الأحكام بين نظام مزاولة المهن الصحية الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ ولائحته، والأدلة والوثائق المهنية، ثم سياسات المنشآت. فميّز المراتب: النظام واللائحة أعلى من الأدلة المهنية والسياسات المؤسسية.[13]

وتنص المادة التاسعة: «يجب أن يستهدف العمل الطبي دائمًا مصلحة المريض، وعلى الممارس الصحي أن يبذل جهده لكل مريض».[13] فلا يُركَّب أنبوب لمجرد ضغط الأسرة إذا لم توجد منفعة طبية معتبرة، ولا تستمر السوائل بعد ظهور ضرر راجح دون إعادة تقييم، ولا يُحرم المريض من تدخل واضح المنفعة لمجرد كبر السن أو الإعاقة.

وقاعدة نظامية حاسمة: لا يترتب على قرار عدم الإنعاش وقفُ التغذية أو السوائل أو المضادات أو الغسيل أو الأكسجين. **فلكل تدخل تقييم مستقل**، وتفصيل قرار عدم الإنعاش في الفصل الحادي والأربعين.[14] ولذلك تُجتنب الأوامر العامة المبهمة مثل «عدم التصعيد» أو «رعاية تلطيفية فقط» إذا لم تُوضَّح آثارها في كل تدخل على حدة.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
حرمة منع الطعام والماء عمن يحتاج إليهما ويستطيع الانتفاع بهما	نص قطعي	﴿أَوْ إِطْعَامٌ فِي يَوْمٍ ذِي مَسْغَبَةٍ﴾ وأحاديث سقي الكلب وحبس الهرة[7، 8]
حكم التداوي يدور مع الحال، ووجوب استمرار الرعاية وتخفيف الآلام في الميؤوس منه	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7)[9]
رفع الأجهزة بعد تحقق الوفاة، ولا	قرار	مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 17

يتناول التغذية والإرواء لدى الحي	مجمعي	(5/3)[10]
عدم لزوم الإنعاش غير المجدي، ولا يوسَّع حكمها إلى التغذية والإرواء	فتوى	اللجنة الدائمة رقم 12086[11]
التغذية والإرواء الصناعيان تدخلان طبيان يُوزنان بالمنفعة والضرر	قول راجح	أكثر المعاصرين والهيئات المهنية، وخالف بعضهم فعدّهما رعاية أساسية[1]
جوازوقف التدخل الصناعي غير النافع بشروطه، و أنه ليس تجويعًا محرمًا	قول راجح	الراجح عند أكثر المعاصرين بناء على «الوسائل لها أحكام المقاصد»، مع خلاف بعضهم في الإرواء الأساسي
درجات المنفعة الأربع وأداة التجربة المحددة المدة	اجتهاد المؤلف	تنزيل موازنة المنفعة والضرر على صور التغذية الصناعية[1]

أين يقع الخطأ عادةً؟

- افتراض أن أنبوب التغذية يمنع الالتهاب الرئوي الشفطي.
- تعميم أدلة الخرف المتقدم حكمًا مطلقًا بعدم الفائدة عند كل مريض -أو تجاهلها فيُركَّب الأنبوب روتينيًا.
- إعطاء السوائل أو منعها **تلقائيًا** في الأيام الأخيرة بدل التقييم الفردي والتجربة المحددة المدة.
- ترتيب وقف التغذية أو السوائل على قرار عدم الإنعاش.
- مساواة إيقاف وسيلة بإيقاف الرعاية.

خلاصة عملية

إذا لم يتضح لك الترجيح فالمخرج **تجربة علاجية محددة المدة**: يُتفق مسبقًا على الهدف، والمدة، ومؤشرات النجاح والضرر، والمسؤول عن المتابعة، وموعد المراجعة، وما الذي سيحدث إذا لم يتحقق الهدف. وهذه الطريقة تمنع تحول التدخل المؤقت إلى علاج دائم لا يُراجَع.[1]

ولا تكفِ في السجل عبارات مثل «لا فائدة» أو «المريض تلطيفي» أو «الأسرة موافقة». وثّق: سبب ضعف الأكل، والأسباب القابلة للعلاج وما عولج منها، وتقييم البلع وحالة السوائل، وهدف التدخل. ثم المنافع والمخاطر والبدائل، وأهلية المريض ورغبته، ومدة التجربة ومؤشراتها، وموعد إعادة التقييم.

وحوّل حرص الأسرة إلى ما ينفع: **الإطعام الحاني، والعناية بالفم.** فمشاعرها نحو «الإطعام» محل تقدير وتوجيه لا تسفيه، لكنها لا تحوّل وسيلة طبية فاقدة المنفعة إلى واجب.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

تمثل الحالتان الآتيتان، ويتبعهما مبحث المواقف المتكررة، نماذج تعليمية مركبة لصور مختلفة من قرارات التغذية والإرواء الصناعيين، ولا يقصد بها وضع حكم آلي ثابت على كل مريض يحمل التشخيص نفسه. فالنتيجة تتغير بحسب مرحلة المرض، وقابلية السبب للعلاج، وقدرة المريض على الانتفاع، ومقدار المنفعة والضرر، وأهليته وإرادته، والظروف النظامية المحيطة.

الحالة الأولى: خرف متقدم وطلب الأسرة فغر المعدة

| **السيناريو**. امرأة في السابعة والثمانين مصابة بخرف متقدم، تعتمد كليًا على الآخرين، ولا تتعرف إلى أسرتها إلا نادرًا. قلّ أكلها في الأشهر الأخيرة، وتغلق فمها أحيانًا أثناء الإطعام، ويطول وقت الوجبات مع سعال متكرر ونقص وزن والتهابات رئوية يشتبه بارتباط بعضها بالشفط. طلب أبناؤها فغر المعدة قائلين إنهم لا يقبلون أن «تموت أمهم جوعًا»، بينما ذكرت إحدى البنات أن والدتها كانت تقول قبل تقدم الخرف إنها لا تريد «الأنابيب والأجهزة» إذا فقدت القدرة على معرفة أسرتها.

السؤال الحاسم. هل يحقق فغر المعدة في هذه المرحلة منفعة معتبرة، أم أن اضطراب الأكل جزء من تطور المرض العصبي لا يتجاوز بوضع الأنبوب؟ وما وزن رغبة المريضة السابقة؟ وهل عدم وضع الأنبوب تجويع؟

| **الركن الطبي**. تستبعد أولًا الأسباب البسيطة القابلة للعلاج: ألم الفم، والإمساك، والعدوى الحادة، والأدوية المهدئة، ومشكلات الأسنان. لكن الصورة الأساسية خرف شديد مع اضطراب بلع متدرج مرتبط بتقدم المرض. وفغر المعدة لا يضمن منع الشفط؛ فقد يحدث من اللعاب أو محتويات المعدة مع وجود الأنبوب، ولم تثبت المراجعات تحسنًا ثابتًا في البقاء أو جودة الحياة في الخرف الشديد، مع أعباء محتملة: محاولة النزع، والقيود أو المهدئات، والعدوى والتسرب، والنقل المتكرر إلى المستشفى [16، 2، 3]. ولا توجد غاية واقعية لاستعادة الوظيفة، بينما يمكن استمرار الإطعام اليدوي بكميات صغيرة مع تعديل القوام والعناية بالفم. فالمنفعة المتوقعة محدودة والعبء معتبر.

| **الركن الأخلاقي**. لا تقتضي كرامة المريضة إدخال أكبر كمية من السعرات بأي وسيلة، بل استمرار الرعاية الإنسانية والإطعام الحاني وعدم الإكراه. ورغبة الأسرة مفهومة أخلاقيًا -تنشأ من الرحمة والخوف والذنب -لكنها لا تحول تدخلًا محدود المنفعة إلى نافع. وتكتسب تصريحات المريضة السابقة وزنًا مهمًا لأنها تعبر عن قيمها قبل فقد الأهلية، مع تقدير درجة وضوحها وثباتها [1، 17].

| **الركن الفقهي**. لا تماثل الصورة منعَ الطعام عن صحيح قادر على الأكل؛ فالمريضة ستستمر

في الطعام الفموي بقدر قدرتها وأمانها مع العناية بالفم وسائر الرعاية. وفغر المعدة وسيلة طبية مستقلة يحتاج تركيبها إلى منفعة راجحة؛ ومع ضعف المنفعة واحتمال الضرر والقيود لا يعد عدم تركيبه تجويعًا ولا قتلًا صبرًا، ما دام الطعام الطبيعي لا يمنع، والقصد ليس التعجيل بالموت، والرعاية مستمرة، والمرض الأصلي هو العامل الرئيس في التدهور.

| **الركن النظامي**. يوثق: مرحلة الخرف وفقد الأهلية، وتقييم البلع، والأسباب المستبعدة، والمنافع والمخاطر المتوقعة، وتصريحات المريضة السابقة ودرجة موثوقيتها، وخطة الإطعام اليدوي والعناية بالفم. ويقدم الفريق توصية مهنية واضحة بدل نقل عبء القرار إلى الأسرة، ويطلب رأي ثانٍ أو استشارة تلطيفية أو أخلاقية عند استمرار النزاع [13، 18، 12].

القرار المهني الموزون. عدم تركيب فغر المعدة في الوضع الحالي، واعتماد التغذية اليدوية من أجل الراحة مع تعديل القوام والعناية المكثفة بالفم ومعالجة الأسباب القابلة للتصحيح؛ فالقرار تغيير لهدف التغذية من تحقيق الاحتياجات الكاملة إلى تحقيق أكبر قدر من الراحة والكرامة والأمان، لا وقف للطعام. ويعاد النظر إذا ظهر سبب حاد قابل للعلاج، أو تحسن البلع، أو تغيرت مرحلة المرض، أو ظهرت غاية سريرية يمكن لتدخل مؤقت تحقيقها، أو ظهرت معلومات موثوقة جديدة عن رغبة المريضة.

الحالة الثانية: احتضار مع فشل قلبي وكلوي وازدياد الاحتقان بالسوائل

| **السيناريو**. رجل في التاسعة والسبعين مصاب بفشل قلبي وكلوي متقدمين وسرطان منتشر، انخفض وعيه في الأيام الأخيرة وتوقف تقريبًا عن الطعام والشراب وظهرت علامات احتضار. أصرت الأسرة على استمرار كميات كبيرة من السوائل الوريدية خوفًا من أن «يموت عطشًا». بعد يومين ازدادت الوذمة والإفرازات التنفسية وضيق النفس، وانخفض البول بشدة، ولم يتحسن الوعي أو الراحة.

السؤال الحاسم. هل إيقاف السوائل الوريدية هنا تعطيش وتعجيل بالموت، أم أن الاستمرار فيها صار مصدر ضرر مباشر؟

| **الركن الطبي**. المريض في احتضار مع فشل قلبي وكلوي؛ أي أن قدرته على التخلص من السوائل شديدة الانخفاض، وقد ظهرت علامات فرط السوائل: الوذمة، وانخفاض البول، والإفرازات، وزيادة ضيق النفس، ولم يتحقق الهدف المتوقع من إعطائها. وجفاف الفم لا يساوي جفاف الدورة الدموية، ويخفف بالعناية الموضعية والرشفات الآمنة إن أمكنت [19، 5]. فالسوائل بالكمية الحالية راجحة الضرر.

| **الركن الأخلاقي**. استمرار تدخل ثبت أنه يزيد اختناق المريض لا يحقق الإحسان ولو كان دافعه خوف الأسرة؛ ويقتضي عدم الإضرار تقليله أو إيقافه مع تحويل اهتمام الأسرة إلى رعاية أنفع: ترطيب الفم، وعلاج ضيق النفس، والحضور، والدعم الروحي. ومن المهم شرح أن عدم إعطاء السوائل الوريدية لا يساوي ترك المريض عطشانًا [1].

| **الركن الفقهي**. ينطبق أصل «الضرر يزال» و«الضرورات تقدر بقدرها»؛ فالجسم لم يعد قادرًا

على التعامل مع السوائل، والقصد من تقليلها رفع الضرر لا إحداث الوفاة، ولا تعد الصورة تعطيشًا ما دامت العناية بالفم والرشفات الآمنة وعلاج الأعراض مستمرة [20، 21].

| **الركن النظامي**. يوثق: مرحلة الاحتضار، وعلامات فرط السوائل، وعدم تحقق المنفعة من التجربة السابقة، والنقاش مع الأسرة، وخطة الرعاية البديلة؛ ويحدد أن القرار يتعلق بالسوائل الوريدية لا بوقف سائر الرعاية [13، 18].

القرار المهني الموزون. إيقاف السوائل الوريدية الروتينية أو تقليلها إلى القدر الضروري لأغراض دوائية محددة، مع تكثيف العناية بالفم والشفاه، والرشفات الآمنة عند القدرة، وعلاج ضيق النفس والإفرازات، ودعم الأسرة. ويعاد النظر إذا ظهر سبب حاد جديد قابل للعلاج، أو زال الاحتقان بصورة غير متوقعة، أو ظهرت علامات جفاف دوراني حقيقي يرجح استفادته من كمية محدودة، أو تغيرت أهداف الرعاية.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

سرطان متقدم مع انسداد معوي وطلب تغذية وريدية منزلية. الجواب: تقبل تجربةً علاجية محددة الهدف والمدة إذا كان الانسداد أو فشل الأمعاء هو المانع الرئيس من الأكل، والأداء الوظيفي مقبولًا، وسائر الأعضاء مستقرة، وقبل المريض أعباء القسطرة المركزية والعدوى والخثار. وضابطه أن تعذر الشفاء لا يعني انعدام المنفعة؛ فالتغذية هنا تعوض وظيفة مفقودة وتخدم هدفًا واقعيًا يقدره المريض [22، 23، 24]. ويعاد النظر عند فشل الأعضاء أو تكرر المضاعفات أو دخول الاحتضار.

طفل بمرض عصبي مزمن يحتاج تغذية طويلة. الجواب: يرجَّح فغر المعدة إذا كان يحقق نموًا واستقرارًا ويقلل إرهاق الوجبات ونوبات الجفاف، مع استمرار قدر من الطعام الفموي الآمن وإشراك الطفل بحسب فهمه. وضابطه أن الطفل ليس محتضرًا، وأن أحكام المحتضر لا تنقل إلى مرض مزمن قد يمتد سنوات، وأن الإعاقة ليست سببًا لنفي المنفعة [25]؛ ومصلحة الطفل الفضلى تقيد قرار الوالدين، فإن عرّضه رفضهما لضرر جسيم سلك المسار المؤسسي والنظامي لحمايته [12، 26].

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. طلب مقيم تركيب أنبوب أنفي معدي لمريض محتضر دون إذن ولا تقييم للبلع والهدف، قائلًا: «التغذية طعام كالطعام، لا تحتاج إذنًا ولا تقييم منفعة». ما الصحيح؟

أ) المقيم مصيب، فأحكام الإطعام والسقي تجري على الأنبوب كما تجري على الطعام المعتاد

ب) المقيم مخطئ، فالتغذية الصناعية تدخل طبي له استطباب وهدف وموافقة، ويُقيَّم بموازنة المنفعة والضرر وقدرة الجسم على الانتفاع

ج) المقيم مصيب لأن الأنبوب إجراء تمريضي لا يحتاج إذنًا

د) المقيم مخطئ لأن التغذية الصناعية ممنوعة في المحتضر بإطلاق

2. اعترضت أسرة على عدم تركيب أنبوب تغذية لمريض محتضر قائلة: «هذا قتل صبرًا». ما الفارق الجوهري الذي تشرحه لهم؟

أ) لا فارق، لكن الأنظمة تجيز ذلك للأطباء

ب) الفارق أن المريض غير واعٍ ولا يشعر

ج) الفارق أن الأسرة لا تملك القرار الطبي

د) الفارق في قدرة الجسم على الانتفاع، والقصد، والسببية، مع استمرار الطعام الطبيعي عند القدرة والعناية بالفم

3. مريض مستقر يعتمد كليًا على التغذية الوريدية لفشل معوي دائم، و اقترح طبيب إيقافها «لأن مرضه لا يُرجى شفاؤه». ما التقويم الصحيح في ضوء درجات المنفعة وقرار مجمع الفقه في التداوي؟

أ) الاقتراح صحيح، فالتداوي غير واجب لمن لا يُرجى شفاؤه

ب) الاقتراح صحيح إذا وافقت الأسرة على الإيقاف

ج) الاقتراح غير صحيح، فالتغذية هنا تعوّض وظيفة أساسية بمنفعة واضحة وإيقافها سبب مباشر متوقع للوفاة، وحكم التداوي يدور مع قدرة الجسم على الانتفاع لا مع اسم المرض

د) الاقتراح غير صحيح لأن قرار أجهزة الإنعاش رقم 17 (5/3) يوجب استمرار كل تدخل

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) د • 3) ج

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Druml, C., Ballmer, P. E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A., & Bischoff, S. C. (2016). ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition,* 35(3), 545–556. DOI

[2] American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. (2014). American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *Journal of the American Geriatrics Society,* 62(8), 1590–1593. DOI

[3] Davies, N., Barrado-Martín, Y., Vickerstaff, V., Rait, G., Fukui, A., Candy, B., Smith, C. H., Manthorpe, J., Moore, K. J., & Sampson, E. L. (2021). Enteral tube feeding for people with severe dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* 2021(8), CD013503. DOI

[4]Dennis, M. S., Lewis, S. C., & Warlow, C., for the FOOD Trial Collaboration. (2005). Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients (FOOD): A multicentre randomised controlled trial. *The Lancet,* 365(9461), 764–772. DOI

[5]National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Care of dying adults in the last days of life* (NICE guideline NG31). المصدر الرسمي

[6]National Institute for Health and Care Excellence. (2006, updated 2017). *Nutrition support for adults: Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition* (Clinical guideline CG32). المصدر الرسمي

[7] البخاري، محمد بن إسماعيل. (1422هـ). الجامع المسند الصحيح المختصر (محمد زهير بن ناصر الناصر، تحقيق؛ ط. 1). دار طوق النجاة. (حديث سقي الكلب: رقم 2363؛ حديث المرأة التي حبست الهرة: رقم 3318).

[8] مسلم بن الحجاج. (د.ت.). المسند الصحيح المختصر (محمد فؤاد عبد الباقي، تحقيق). دار إحياء التراث العربي. (حديث «في كل كبد رطبة أجر»: رقم 2244؛ حديث الهرة: رقم 2242).

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1992). قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي. الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذي القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م. المصدر الرسمي

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1986). قرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش. الدورة الثالثة، عمّان، 8–13 صفر 1407هـ / 11–16 أكتوبر 1986م. المصدر الرسمي

[11] اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. (د.ت.). الفتوى رقم 12086 المتعلقة بعدم الإنعاش. في أحمد بن عبد الرزاق الدويش (جمع وترتيب)، فتاوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء (ج 25، ص 78–80). الرئاسة العامة للبحوث العلمية والإفتاء.

[12] وزارة الصحة السعودية، والمركز السعودي لسلامة المرضى. (2019). الدليل السعودي للإذن الطبي. وزارة الصحة.

[13] المملكة العربية السعودية، هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. (1426هـ). نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي رقم م/59 وتاريخ 1426/11/4هـ، وقرار مجلس الوزراء رقم 276 وتاريخ 1426/11/3هـ. المصدر الرسمي

[14] المجلس الصحي السعودي. السياسة والإجراءات الوطنية لحالة عدم الإنعاش (*DNR*)، الصادرة بالقرار رقم 64/3 وتاريخ 1434/3/1هـ (نسخة الدليل الوطني المنشورة 2017م). المصدر الرسمي

[15]Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., et al. (2021). European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal,* 6(3),

LXXXIX–CXV. DOI

[16] Volkert, D., Beck, A. M., Faxén-Irving, G., Frühwald, T., Hooper, L., Keller, H., Porter, J., Rothenberg, E., Suominen, M., Wirth, R., & Chourdakis, M. (2024). ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia: Update 2024. *Clinical Nutrition,* 43(6), 1599–1626. DOI

[17] Jonsen, A. R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (2022). *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine* (9th ed.). McGraw Hill.

[18] وزارة الصحة السعودية. اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية. وزارة الصحة. (تراجع النسخة النافذة لدى المنشأة عند الاقتباس التفصيلي).

[19] Bruera, E., Hui, D., Dalal, S., et al. (2013). Parenteral hydration in patients with advanced cancer: A multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Journal of Clinical Oncology,* 31(1), 111–118. DOI

[20] السيوطي، عبد الرحمن بن أبي بكر. (1990). الأشباه والنظائر في قواعد وفروع فقه الشافعية (ط. 1). دار الكتب العلمية.

[21] الزرقا، أحمد بن محمد. (1989). شرح القواعد الفقهية (مصطفى أحمد الزرقا، مراجعة وتعليق؛ ط. 2). دار القلم.

[22] Muscaritoli, M., Arends, J., Bachmann, P., et al. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in cancer. *Clinical Nutrition,* 40(5), 2898–2913. DOI

[23] Cuerda, C., Pironi, L., Arends, J., et al. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in chronic intestinal failure. *Clinical Nutrition,* 40(9), 5196–5220. DOI

[24] Bischoff, S. C., Austin, P., Boeykens, K., et al. (2022). ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition. *Clinical Nutrition,* 41(2), 468–488. DOI

[25] Romano, C., van Wynckel, M., Hulst, J., et al. (2017). European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition guidelines for the evaluation and treatment of gastrointestinal and nutritional complications in children with neurological impairment. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition,* 65(2), 242–264. DOI

[26] المملكة العربية السعودية، هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. (1436هـ). نظام حماية الطفل، المرسوم الملكي رقم م/14 وتاريخ 1436/2/3هـ، المعدل بالمرسوم الملكي رقم م/72 وتاريخ 1443/8/6هـ. المصدر الرسمي

الموت الدماغي وتحديد الوفاة

Chapter 45 -Brain Death and the Determination of Death

استقلال التشخيص شرط صحة لا إجراء تنظيمي.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

كان توقف القلب والتنفس قرونًا هو العلامة الظاهرة للموت. ثم جاءت التهوية الميكانيكية والعناية المركزة فصنعتا صورة لم يعرفها المتقدمون: **جسد دافئ، وقلب ينبض بفعل الدعم الطبي، مع فقد دائم للوعي والتنفس التلقائي ووظائف جذع الدماغ.**

والخطأ هنا لا يشبه سائر الأخطاء. فإعلان الوفاة قبل استكمال شروطها قد يعني رفع الدعم -أو استئصال الأعضاء- من إنسان لم تثبت وفاته. ورفض التشخيص المكتمل قد يعني إخضاع جسد ميت لتدخلات بلا غرض، وإطالة عذاب أسرة.

وزاوية هذا الفصل: **إثبات الوفاة بالمعايير العصبية.** أما قرار الإنعاش ففي فصله، ومعيار الجدوى في فصل «جدوى العلاج»، وأهداف الرعاية في فصل «الرعاية التلطيفية»، والتغذية الصناعية في فصلها.

المصطلح الأدق

«تحديد الوفاة بالمعايير العصبية» أدق من «موت الدماغ»؛ لأنه يبيّن أن الحكم لا يقوم على وصف عام للتلف الدماغي، وإنما على شروط وفحوص محددة.

وهي تقرير وفاة الإنسان بناءً على التوقف الدائم للوظائف العصبية المحددة في البروتوكول المعتمد، بعد ثبوت **إصابة دماغية كارثية معلومة السبب**، واستبعاد الأسباب القابلة للعكس، واستكمال الفحص السريري واختبار انقطاع التنفس أو البديل المعتمد عند تعذره.[1، 2]

ولا تثبت بفقد الوعي، ولا بسعة الإصابة في التصوير، ولا بالاعتماد على جهاز التنفس، ولا بسوء المآل، ولا بقرار عدم الإنعاش، ولا بالحكم بعدم جدوى العلاج، ولا بنتيجة تصوير أو تخطيط منفردة.

أين يقع أكثر الخلط؟

• **الغيبوبة:** قد يبقى فيها التنفس التلقائي ومنعكسات الجذع واحتمال الإفاقة -فهي فقد عميق للوعي لا أكثر، ولو طال أمدها.

• **متلازمة اليقظة غير المستجيبة:** دورات فتح وإغلاق العينين وتنفس تلقائي - وغياب دليل ثابت على الوعي لا يساوي الموت.

• **متلازمة المنحبس:** وعي وإدراك كاملان مع عجز عن الحركة والكلام. **وهذه أبلغ شاهد على أن غياب الحركة لا يساوي غياب الوعي.**

• **التلف الشديد وسوء المآل:** التنبؤ بالمآل غير التشخيص.

• **الحركات الشوكية بعد الوفاة العصبية:** لا تدل بذاتها على وعي أو نشاط دماغي، لكنها تستلزم تفسيرًا وتوثيقًا وشرحًا للأسرة.[3]

القواعد الحاكمة

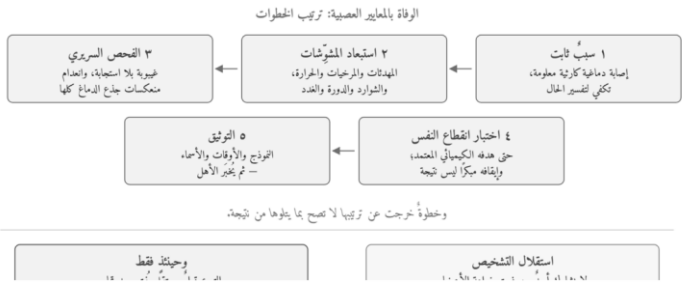
• التشخيص **سريري تسلسلي**، لا يثبت بالتصوير وحده ولا بسوء المآل ولا بالاعتماد على جهاز التنفس.

• **لا يبدأ الفحص أصلًا** قبل استبعاد كل عامل قابل للعكس: مهدئات، وسموم، ومرخيات عضلات، وانخفاض حرارة، واضطراب استقلابي.[2]

• **أربعة قرارات مترابطة غير مترادفة:** تشخيص الوفاة، ورفع أجهزة الدعم، وبدء الآثار الشرعية والنظامية، والتبرع بالأعضاء -لكل منها نصه وجهته وزمنه الموثق.

• **المرجع في تفاصيل الفحص هو البروتوكول الوطني النافذ**، لا إرشاد أجنبي منقول.

كيف يُجرى التقييم؟



شكل 10: ترتيب خطوات إثبات الوفاة بالمعايير العصبية.

قبل الفحص تحقق من: إصابة كارثية معلومة السبب، وتوافقها مع الصورة السريرية، وثبوت ديمومتها، وعدم وجود تفسير بديل قابل للعلاج.

واستبعد المربكات: راجع أسماء الأدوية وجرعاتها ومدة التسريب ووقت آخر جرعة ووظائف الكلى والكبد. **ولا يكفي الاعتماد الآلي على عدد ثابت من أعمار النصف**؛ لأنها تطول مع الفشل العضوي وانخفاض الحرارة والجرعات العالية.[1] وتأكد من زوال أثر مرخيات العضلات -فهي تمنع الحركة من غير أن تلغي الوعي.

والفحص السريري يثبت الغيبوبة التامة، وغياب منعكسات جذع الدماغ: الحدقة للضوء، والقرنية، والعيني الرأسي، والعيني الدهليزي، والاستجابة الوجهية للألم، والتقيؤ، والسعال -**مع تسجيل نتيجة كل منعكس على حدة**. فإذا تعذر فحص أحدها بسبب إصابة في العين أو الوجه أو الأذن، **فلا يُسجَّل «غائبًا»**، بل يُوثَّق سبب التعذر ويُستكمل المسار البديل.

واختبار انقطاع التنفس غرضه إثبات غياب المحاولة التنفسية رغم وصول ثاني أكسيد الكربون إلى المستوى المحفّز. ويُوقف عند هبوط الضغط غير المقبول أو نقص الأكسجة أو اضطراب نظم خطير أو ظهور محاولة تنفسية. **والاختبار غير المكتمل لا يُعد إيجابيًا**؛ فإذا تعذر إكماله استُخدم اختبار مساعد معتمد.[2]

والاختبارات المساعدة لا تُستعمل روتينيًا، **ولا تُستخدم «لتجاوز» عامل دوائي غير مستبعد**. وتخطيط كهربائية الدماغ له حدود؛ لأنه لا يقيس كل وظائف جذع الدماغ ويتأثر بالأدوية والحرارة.[3]

الأساس الشرعي: ثلاثة اتجاهات

الموت في التصور الإسلامي مفارقة الروح للجسد، وهي حقيقة غيبية يُستدل عليها بعلامات ظاهرة يقررها أهل الخبرة.[4] والاتجاهات ثلاثة:

الأول: اعتبارها وفاة شرعية تامة. ومستنده **قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 17 (5/3)** بشأن أجهزة الإنعاش، الصادر في الدورة الثالثة بعمّان (8–13 صفر 1407هـ/ 11–16 أكتوبر 1986م). ونصه: «يعتبر شرعًا أن الشخص قد مات، وتترتب جميع الأحكام المقررة شرعًا للوفاة عند ذلك، إذا تبينت فيه إحدى العلامتين التاليتين: 1-إذا توقف قلبه وتنفسه توقفًا تامًا، وحكم الأطباء بأن هذا التوقف لا رجعة فيه. 2-إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلًا نهائيًا، وحكم الأطباء الاختصاصيون الخبراء بأن هذا التعطل لا

رجعة فيه، **وأخذ دماغه في التحلل**. وفي هذه الحالة يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص، وإن كان بعض الأعضاء، كالقلب مثلًا، لا يزال يعمل آليًّا بفعل الأجهزة المركبة».[5]

وانتبه: عبارتا «جميع وظائف دماغه» و«أخذ دماغه في التحلل» لا يجوز حذفهما عند النقل، ولا تحويلهما تلقائيًا إلى قائمة الفحص المعاصرة.

الثاني: عدم اعتبارها وفاة تامة. ومنه فتوى الشيخ ابن باز: «فالموت الدماغي لا يعتبر، ولا يحكم لصاحبه بحكم الموتى حتى يتحقق موته على وجه لا شك فيه».[6]

الثالث: التفريق بين رفع الأجهزة وثبوت الوفاة. ومستنده قرار **المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي** في الدورة العاشرة (مكة المكرمة، 24–28 صفر 1408هـ): جواز رفع الأجهزة إذا قررت لجنة من **ثلاثة أطباء اختصاصيين خبراء** تعطل وظائف الدماغ تعطلًا نهائيًا لا رجعة فيه -**لكنه لم يرتب أحكام الوفاة** من عدة وإرث ونحوهما إلا بتوقف القلب والتنفس بعد رفع الأجهزة.[7] وإلى هذا المعنى تشير فتوى الشيخ ابن باز الأخرى: يجوز نزع الأجهزة عند اليقين بعدم الفائدة «طبيبان فأكثر من أهل الخبرة ممن يُوثق بهما»، «ولكن بعد نزعها لا يستعجل حتى ينظر في القلب وحركة القلب».[8]

والذي أختاره في التنزيل أن الطبيب لا يحسم هذا الخلاف باجتهاده؛ بل يطبق النظام والبروتوكول النافذين، ويعرض الخلاف بصدق، ويرفع الآثار المختلف عليها إلى المرجعية الشرعية والقانونية المختصة. **ولا يسوغ مهنيًا أن يكون التبرع سببًا لتغليب اتجاه على آخر.**

وقد بنى المجمع الدولي على ذلك قراره رقم **26 (1/4)** في انتفاع الإنسان بأعضاء إنسان آخر (الدورة الرابعة، جدة، 18–23 جمادى الآخرة 1408هـ)، فأحال فيه تعريف الموت إلى قرار الدورة الثالثة. **لكنه خاص بنقل الأعضاء**؛ فلا يجعل كل من شُخِّص متبرعًا.[9]

ماذا يترتب على التشخيص؟ الأجهزة والتبرع

اكتمال التشخيص لا يُنتج قرارًا واحدًا، بل يفتح باب **أربعة قرارات** لكل منها نصه وجهته:

- **رفع أجهزة الدعم:** يسوّغه قرار المجمع الدولي 17 (5/3) بعد تحقق العلامة الثانية

«وإن كان بعض الأعضاء، كالقلب مثلًا، لا يزال يعمل آليًّا بفعل الأجهزة المركبة»؛ ويجيزه قرار رابطة العالم الإسلامي بقرار لجنة من ثلاثة أطباء اختصاصيين خبراء. فالاتجاهان يلتقيان في **جواز الرفع**، ويفترقان فيما بعده.

• **الآثار الشرعية والنظامية:** على الاتجاه الأول تترتب بالتشخيص: التجهيز والغسل والصلاة والدفن، وبدء العدة، واستحقاق الإرث، وانتهاء الوكالة، ونفاذ الوصية. وعلى الاتجاه المفرِّق تتأخر هذه الآثار حتى توقف القلب والتنفس بعد رفع الأجهزة. والمسألة خلافية بين المجمعين كما تقدم، **فلا يسوغ لك إخفاء الخلاف أو اختزاله في سؤال نزع الجهاز وحده.**

• **التبرع بالأعضاء:** ثبوت الوفاة لا يؤدي تلقائيًا إلى جواز التبرع؛ فللتبرع شروط مستقلة في الموافقة والاستقلال المهني ومنع تعارض المصالح. وقرار المجمع 26 (1/4) أجاز نقل عضو من ميت إلى حي تتوقف حياته على ذلك العضو «بشرط أن يأذن الميت قبل موته أو ورثته بعد موته، أو بشرط موافقة ولي أمر المسلمين إن كان المتوفى مجهول الهوية أو لا ورثة له».

• **قاعدة المتبرع الميت:** ألا يكون استئصال الأعضاء سبب الوفاة، وألا يبدأ إلا بعد ثبوتها. وهي قاعدة أخلاقية مهنية مستقرة تحمي المريض والثقة العامة ونزاهة برامج التبرع.[10]

ولذلك يُفصل مؤسسيًا بين **أربعة فرق**: فريق علاج المريض، وفريق تشخيص الوفاة، وفريق تنسيق التبرع، وفريق الاستئصال والزراعة. وتمنع اللائحة والبروتوكول الوطني أن تؤثر الحاجة إلى الأعضاء أو وجود متلقٍّ محتمل في توقيت الفحص أو تفسيره، **ولا يُقدَّم حديث التبرع على إبلاغ الوفاة ولا يُجمع معه في مجلس واحد.**

مثال سريع: بعد اكتمال تشخيص شاب مصاب في حادث، طلب فريق الزراعة «تعجيل التوقيع» لأن متلقيًا مطابقًا ينتظر. الجواب: يُرفض الطلب ويُوثَّق رفضه؛ فاللائحة تمنع مشاركة أي عضو من فريق زراعة الأعضاء في توثيق الوفاة، والبروتوكول يشترط ألا يكون الفاحص مسؤولًا عن رعاية متلقٍّ محتمل.[11، 12] **فاستقلال التشخيص شرط صحة، لا إجراء تنظيمي.**

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره

نظام التبرع بالأعضاء، المادة الأولى	تعريف الوفاة
المادة الحادية عشرة	التحقق من الوفاة وفق اللائحة
المادة الرابعة عشرة	لجنة طبية عليا تُعِد الدليل
اللائحة التنفيذية	استقلال التوثيق عن فريق الزراعة
اللائحة التنفيذية	شهادة الوفاة بعد فصل الأجهزة
البروتوكول الوطني	تفاصيل الفحص والفواصل

صدر **نظام التبرع بالأعضاء البشرية** بالمرسوم الملكي رقم (م/70) وتاريخ 1442/8/19هـ، بعد موافقة مجلس الوزراء بقراره رقم (468) وتاريخ 1442/8/17هـ. وتعرّف **المادة الأولى** الوفاة بأنها: «مفارقة الإنسان حياته بصورة يقينية وفقًا للمعايير الطبية الدقيقة، بحيث يستحيل معها عودته للحياة، نتيجة توقف القلب والرئتين أو جذع الدماغ».[13]

واعتُمدت **اللائحة التنفيذية** بقرار وزير الصحة ورئيس المجلس الصحي السعودي وتاريخ 1443/2/21هـ. ومن أهم نصوصها لك: «**عدم مشاركة أي عضو من فريق زراعة الأعضاء في عملية توثيق الوفاة**»، وأن «تصدر شهادة الوفاة الرسمية بعد فصل أجهزة التنفس الصناعي وتوقف نبض القلب نهائيًا». **وهذه الأحكام مقيدة بعبارة «لأجل التبرع»**، فلا تُعمَّم بلا سند على كل واقعة وفاة.[11]

وأما **البروتوكول الوطني لتشخيص الوفاة وفقًا للمعايير العصبية** فوارد في ملحق دليل إجراءات التبرع وزراعة الأعضاء. ومما يقرره أن التشخيص يجريه أطباء مدربون أو ذوو خبرة **غير مسؤولين عن رعاية متلقين محتملين**. ويشترط فحصين سريريين بطبيبين منفصلين، واختبارًا تأكيديًا من الوسائل المدرجة، ثم فحصًا ثانيًا بعد فاصل بحسب العمر. والفواصل المنشورة: **أربع وعشرون ساعة** لحديث الولادة، **واثنتا عشرة ساعة** لمن بين واحد وثلاثين يومًا وثماني عشرة سنة، **وست ساعات** لمن تجاوز الثامنة عشرة. ويشترط لاختبار انقطاع التنفس حرارة **لا تقل عن ست وثلاثين درجة مئوية**. وبعد استكمال النموذج يبلّغ الطبيب المعالج الأسرة بالوفاة **من غير مناقشة التبرع في الاجتماع نفسه**.[12]

تنبيه توثيقي: تستند السياسة الوطنية لعدم الإنعاش (المجلس الصحي السعودي، القرار رقم 64/3 وتاريخ 1434/3/1هـ، النسخة النهائية 1438/6/14هـ) بحسب ما أثبتته

الوثيقة من مراجعها الشرعية إلى فتوى اللجنة الدائمة رقم 12086 وتاريخ 1409/6/30هـ، وقرار هيئة كبار العلماء رقم 190 وتاريخ 1419/4/6هـ، وما ورد في خطاب سماحة المفتي رقم 1/أ/3702 وتاريخ 1437/11/11هـ وما يتداول من نسبة «قرار رقم 120» إلى الهيئة في هذا الباب لم يثبت، فلا يُنسب إليه نص.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
الموت مفارقة الروح للجسد، ويُستدل عليه بعلامات ظاهرة يقررها أهل الخبرة	نص قطعي (أصل متفق عليه)	نصوص الوحي وكلام أهل العلم [4]
تعطل جميع وظائف الدماغ تعطلًا نهائيًا مع أخذه في التحلل وفاةٌ تترتب عليها أحكامها	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 17 (5/3) [5]
جواز رفع الأجهزة بقرار ثلاثة أطباء اختصاصيين، من غير ترتيب أحكام الوفاة إلا بتوقف القلب والتنفس	قرار مجمعي	المجمع الفقهي برابطة العالم الإسلامي، الدورة العاشرة [7]
الموت الدماغي لا يُحكم لصاحبه بحكم الموتى حتى يتحقق موته بلا شك	فتوى	الشيخ ابن باز [6]، ومعها فتواه في جواز نزع الأجهزة بشهادة طبيبين وانتظار توقف القلب [8]
جواز نقل عضو من ميت إلى حي بإذن الميت قبل موته أو ورثته أو ولي الأمر عند فقدهما	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 26 (1/4) [9]
قاعدة المتبرع الميت: لا يكون الاستئصال سبب الوفاة ولا يبدأ قبل ثبوتها	قول راجح (قاعدة أخلاقية مهنية مستقرة)	أدبيات أخلاقيات التبرع [10]
الطبيب لا يحسم الخلاف باجتهاده، ويرفع الآثار المختلف عليها إلى المرجعية المختصة	اجتهاد المؤلف	ترجيح المؤلف في التنزيل، مبنيًا على وجود قرارين مجمعيين مختلفين

أين يقع الخطأ عادةً؟

• **بدء الفحص مع مربك لم يُستبعد** -مهدئ أو انخفاض حرارة أو فشل عضوي.

• **عدّ اختبار انقطاع تنفس أوقف قبل بلوغ هدفه الكيميائي إيجابيًا.**

• تفسير كل حركة بأنها شوكية، أو نقض تشخيص مكتمل بمجرد ظهورها.

• **توحيد الأزمنة الخمسة في وقت واحد:** وقت اكتمال التشخيص بالقرائن الدماغية، ووقت فصل أجهزة التنفس، ووقت توقف القلب، ووقت إصدار شهادة الوفاة الرسمية، ووقت استئصال الأعضاء إن وجد.

• **إقحام مسار التبرع** في التشخيص أو في اجتماع إبلاغ الوفاة.

خلاصة عملية

وثّق كل خطوة: سبب الإصابة ودليل ديمومتها، ونتائج التصوير، والحرارة والضغط، والأدوية ووقت إيقافها، ووظائف الكلى والكبد، واستبعاد مرخيات العضلات. ووثّق كذلك نتيجة كل منعكس على حدة، وتفاصيل اختبار انقطاع التنفس، وسبب الاختبار المساعد ونتيجته، وأسماء الأطباء وتخصصاتهم، وأوقات الفحوص، ووقت اكتمال التشخيص، وما أُبلغت به الأسرة. **ولا تكفي عبارة عامة مثل «الفحص متوافق مع موت الدماغ».**

وفي الحمل: لا يغيّر وجوده عناصر تشخيص وفاة الأم، لكنه **يفتح بعد اكتمال التشخيص قرارًا مستقلًا** في استمرار الدعم الجسدي لمصلحة الجنين.

واحفظ الجملة التي تحكم الباب كله: **سوء المآل ليس وفاة، وجواز رفع علاج غير مجدٍ ليس بذاته إعلانًا للموت، وقبول التبرع ليس جزءًا من التشخيص.**

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

صيغت الحالات الآتية لأغراض البحث والتعليم ولا تشير إلى مرضى محددين، وتُحلل بقالب الكتاب الموحد. ولا يقصد بالقرار المهني تقديم حكم علاجي لحالة فردية، بل بيان المسار الذي ينبغي اتباعه وفق المعطيات المعروضة.

الحالة الأولى: امرأة حامل ثبتت وفاتها بالمعايير العصبية

| السيناريو. حامل في الأسبوع الثالث والعشرين أصيبت بنزف دماغي واسع، وثبتت وفاتها بالمعايير العصبية باستيفاء جميع المتطلبات. الجنين حي وفرص بقائه في هذا العمر محدودة، ويحتاج استمرار الحمل إلى تهوية ودعم دوري وهرموني ورعاية مكثفة مطولة. انقسمت الأسرة: الزوج يطلب استمرار الأجهزة حتى يقارب الجنين القابلية للحياة، ووالدا المريضة يريان في ذلك امتهانًا لجسدها وإطالة للمعاناة.

السؤال الحاسم. كيف يفصل بين ثبوت وفاة الأم وتوثيقها، وبين قرار مستقل في استمرار الدعم الجسدي لمصلحة الجنين؟

| **الركن الطبي.** الحمل لا يمنع استكمال التشخيص؛ ويفرق بين وقت اكتمال التشخيص المثبت في نموذج القرائن العصبية وبين وقت إصدار شهادة الوفاة في المسار الذي يحكمه النص المنطبق [13، 11]. أما استمرار الدعم فقرار متعدد التخصصات يقدر عمر الحمل وحالة الجنين واحتمال بلوغه القابلية للحياة والاستقرار الدوري والهرموني والمضاعفات ومدة الدعم المتوقعة ورأي طب الأمومة وحديثي الولادة [2].

| **الركن الأخلاقي.** لا يوصف استمرار الدعم بأنه «علاج للأم» -فهي متوفاة وفق المعيار -بل دعم جسدي مؤقت لمصلحة محتملة للجنين؛ وتوضع خطة بهدف ومدة ومؤشرات نجاح وتوقف ومراجعة دورية ودعم نفسي وروحي للأسرة، مع عدالة في الموارد وعدم بيع أمل غير واقعي.

| **الركن الفقهي.** يجتمع حفظ حرمة الميتة مع مقصد حفظ نفس الجنين؛ فيشرع استمرار الدعم إذا غلب على الظن تحقق منفعة معتبرة للجنين بأعباء متناسبة من غير امتهان زائد؛ ولا يغير ذلك وقت وفاة الأم ولا يؤخر أحكامها، وتعالج آثار الإرث والعدة والوصية وترتيب وفاة الأم والجنين بمعالجة شرعية وقانونية دقيقة.

| **الركن النظامي.** يوثق اكتمال التشخيص في نموذجه وتصدر الشهادة بحسب النص المنطبق؛ وتشرك لجنة الأخلاقيات والاستشارة الشرعية والقانونية، ويحدد صاحب الصفة، ويجنب مسار التبرع كليًا -وتذكر الشروط السعودية للتبرع التحقق من الحمل وتستبعد مساره عند ثبوته في السياق الذي تعالجه [12].

> القرار المهني الموزون. يوثق اكتمال تشخيص الأم وفق النموذج الوطني وتصدر الشهادة بحسب النص المنطبق. ثم يعقد اجتماع متعدد التخصصات يقيم قابلية استمرار الحمل ومصلحة الجنين ويضع خطة محددة المدة والمعايير؛ فيستمر الدعم الجسدي إذا كانت ثمة فرصة طبية معقولة ومتزايدة لبقاء الجنين بأعباء متناسبة، ويوقف إذا صار الهدف غير قابل للتحقق أو ظهرت مضاعفات تجعله بلا منفعة معتبرة.

ما يوثق: نموذج التشخيص وأزمنته، وأن استمرار الأجهزة لمصلحة الجنين، ومحاضر الاجتماع والخطة ومؤشراتها، والاستشارات الشرعية والقانونية، ومن يملك صفة القرار.

لو تغيرت واقعة حاسمة: لو كان الحمل في الأسبوع الثلاثين بجنين مستقر -لقويت كفة الاستمرار القصير الموجه نحو الولادة؛ ولو كان في الأسبوع الخامس عشر بحاجة إلى شهور من الدعم مع مضاعفات إنتانية متكررة -لرجح التوقف لانعدام الفرصة المعقولة وتفاقم الأعباء والامتهان.

الحالة الثانية: اعتراض أسري ديني بعد اكتمال التشخيص

| **السيناريو.** رجل في الثامنة والستين بسكتة دماغية واسعة، استوفيت المتطلبات وأجريت

الفحوص واختبار انقطاع التنفس وثبتت الوفاة وفق البروتوكول. رفضت الأسرة الإعلان مستندة إلى فتوى الشيخ ابن باز التي لا تعتبر موت الدماغ وحده وفاة تترتب عليها أحكام الموتى، وطالبت باستمرار الأجهزة حتى يتوقف القلب تلقائيًا، وهددت باللجوء إلى الإعلام.

السؤال الحاسم. كيف يحترم اعتراض ديني جاد من غير أن يتحول وقت الوفاة إلى مسألة تفاوض؟

| **الركن الطبي.** تجرى أولًا مراجعة داخلية مستقلة للتشخيص -الشروط، والمؤهلات، واكتمال الفحص، وسلامة اختبار انقطاع التنفس، وصحة التوثيق، ومطابقة البروتوكول [12] -فإن صح التشخيص لم يبطل الاعتراض نتيجته السريرية.

| **الركن الأخلاقي.** الاعتراض يستند إلى رأي فقهي منشور لا إلى إنكار عاطفي محض؛ فيقابل بالاعتراف بجديته، وعدم تصوير الأسرة عدوًا للطب، وتوفير استشارة شرعية مؤسسية ورأي طبي ثانٍ سريع، وإشراك لجنة الأخلاقيات والشؤون القانونية، ومهلة إنسانية محددة، وفصل تام عن أي حديث في التبرع؛ من غير أن يعني ذلك استمرار الأجهزة بلا أجل أو تخويل الأسرة تغيير وقت الوفاة النظامي.

| **الركن الفقهي.** هذه هي صورة الخلاف بين قرار المجمع الدولي 17 (5/3) المرتب لجميع الأحكام [5]، والاتجاه المتحفظ [8، 6]، والوسيط المفرق [7]؛ ولا يحسمه الطبيب باجتهاده، بل يطبق النظام والبروتوكول وتفصل الجهة الشرعية والقانونية المختصة في الآثار المختلف عليها.

| **الركن النظامي.** عرف النظام السعودي الوفاة بتوقف القلب والرئتين أو جذع الدماغ وفق معايير دقيقة [13]؛ فيسجل وقت اكتمال التشخيص في نموذجه ويميز عن وقت فصل الدعم وتوقف القلب وإصدار الشهادة بحسب المسار المنطبق، ولا تغير الوثيقة الرسمية إرضاء لأحد، وتطبق سياسة الاعتراض المؤسسية، ويطلب التوجيه القانوني عند التهديد بالنزاع العام.

> القرار المهني الموزون. يؤكد التشخيص بمراجعة مستقلة وتسجل أزمنته في النماذج المقررة من غير خلط. وتوفر للأسرة استشارة شرعية ورأي طبي ثانٍ ومهلة إنسانية محددة مع شرح الخلاف الفقهي بصدق واحترام. ولا ينفرد طبيب بقرار إنهاء الدعم عند النزاع؛ بل يصدر المسار النهائي عن المنشأة بعد مراجعة الأخلاقيات والشؤون القانونية والنص المنطبق، ويوضع حد زمني معلن للمواءمة إذا لم يوجد مانع قضائي أو نظامي.

ما يوثق: المراجعة المستقلة ونتيجتها، وكل اجتماعات الأسرة ومحاضرها، والاستشارة الشرعية والرأي الثاني، والمهلة وقرار المنشأة وأساسه النظامي.

لو تغيرت واقعة حاسمة: لو كشفت المراجعة المستقلة خللًا -منعكسًا لم يفحص، أو اختبار تنفس لم يبلغ هدفه -لسحب الإعلان فورًا وأعيد المسار من نقطة الخلل وعوملت الواقعة حدثًا جسيمًا؛ ولو اقترن الاعتراض بطلب أسرة التبرعَ بالأعضاء لاحقًا، لظل المساران منفصلين تمامًا: لا يناقش التبرع إلا بعد إبلاغ الوفاة وبفريق مستقل [11، 12].

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

وهذه مواقف تتكرر في العناية المركزة، جوابها حاسم ولا يحتاج تحليلًا مطولًا:

حركات مركبة بعد اكتمال التشخيص أمام الأسرة. لا تنقض الحركةُ تشخيصًا اكتمل إذا ثبت أن مصدرها الحبل الشوكي، ولا يفترض مصدرها من غير تحليل: يوصف نمطها ومنبهها وتوقيتها، ويبحث عن استجابة وجهية أو عينية أو محاولة تنفسية، ويطلب رأي مختص مستقل عند الشك. فإن ظهرت استجابة دماغية أوقفت الإجراءات وأعيد التقييم من أوله وعوملت الواقعة حدثًا جسيمًا. الضابط: تهيئة الأسرة مسبقًا لرؤية هذه الحركات جزء من صحة الإبلاغ لا من حسن المعاملة فحسب.

طفل بعد توقف قلب وخفض حرارة علاجي، والأسرة تطلب تعجيل فحص الوفاة. لا يختصر بروتوكول الأطفال ولا تستعار معايير البالغين؛ فيؤجل التقييم حتى إعادة التدفئة ومرور المدة المقررة وزوال أثر المهدئات والمرخيات، ثم يطبق عدد الفحوص والفاصل الخاص بالفئة العمرية في الدليل الوطني (12 ساعة لمن بين 31 يومًا و18 سنة). وتخفيف المعاناة له مسار مستقل -عدم التصعيد والرعاية التلطيفية- لا يمر بإعلان الوفاة. الضابط: الوفاة وصف واقعي لا ينشأ بطلب الأسرة ولا يسقط به.

فريق الزراعة يطلب تعجيل التشخيص أو المشاركة في توثيقه. يرفض الطلب ويوثق رفضه؛ فالفقرة (11-2) من اللائحة التنفيذية تمنع مشاركة أي عضو من فريق زراعة الأعضاء في توثيق الوفاة، والبروتوكول الوطني يشترط ألا يكون الفاحص مسؤولًا عن رعاية متلقٍّ محتمل. ولا يقدم حديث التبرع على إبلاغ الوفاة ولا يجمع معه في مجلس واحد. الضابط: استقلال التشخيص شرط صحة لا إجراء تنظيمي.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. مريض بإصابة دماغية كارثية، ما زال يتلقى تسريبًا مطولًا من مهدئ وهو مصاب بفشل كلوي وكبدي. طلب الاستشاري بدء تقييم الوفاة بالمعايير العصبية. ما الصحيح؟

أ) يُبدأ التقييم لأن الإصابة كارثية موثقة

ب) يُبدأ التقييم ويُعتمد اختبار مساعد لتجاوز أثر المهدئ

ج) لا يُبدأ التقييم قبل استبعاد أثر المهدئ، فالفشل العضوي يطيل عمر النصف

د) يُبدأ التقييم بعد مضي أربع وعشرين ساعة من آخر جرعة مهما كانت الوظائف

2. أُوقف اختبار انقطاع التنفس بسبب هبوط حاد في الضغط قبل استيفاء معاييره المعتمدة، ولم تُشاهد حركة تنفسية أثناء الجزء الذي أمكن إجراؤه. كيف ينبغي التعامل مع النتيجة؟

أ) اعتبار غياب التنفس في الجزء المنفذ نتيجة نهائية، ثم إكمال بقية التوثيق دون إعادة تقويم

ب) توثيق عدم اكتمال الاختبار وتثبيت المريض، ثم إعادته أو إجراء الفحص المساند المعتمد بحسب البروتوكول

ج) استنتاج أن المريض لا يستوفي معايير الوفاة نهائيًا، لأن إيقاف الاختبار ينفي التشخيص

د) توثيق الاختبار مكتملًا إذا وافق طبيب ثانٍ على أن سبب إيقافه هو عدم استقرار الدورة

3. مريض عاجز عن الحركة والكلام، لكنه يجيب عن الأسئلة بحركات العين إجابات صحيحة متسقة. طلب أحد أقاربه «إعلان وفاته دماغيًا لأنه لا يتحرك». ما الصحيح؟

أ) غياب الحركة لا يساوي غياب الوعي؛ فهذه متلازمة المنحبس، وصاحبها حي واعٍ ولا مجال أصلًا لتقييم الوفاة

ب) تُبدأ إجراءات تقييم الوفاة بالمعايير العصبية لغياب الحركة والكلام

ج) الحالة متلازمة يقظة غير مستجيبة، وتُعامل معاملة الغيبوبة الدائمة

د) يُطلب تصوير دماغي، وتُعلن الوفاة إذا ظهر فيه تلف واسع

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) ب • 3) أ

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Greer, D. M., Shemie, S. D., Lewis, A., et al. (2020). Determination of brain death/death by neurologic criteria: The World Brain Death Project. JAMA, 324(11), 1078–1097. DOI

[2] Greer, D. M., Kirschen, M. P., Lewis, A., et al. (2023). Pediatric and adult brain death/death by neurologic criteria consensus practice guideline. Neurology, 101(24), 1112–1132. DOI

[3] Wijdicks, E. F. M. (2017). Brain Death (3rd ed.). Oxford University Press.

[4] البار، محمد علي. (1992). موت القلب أو موت الدماغ: الموت تعريفه وعلاماته وتشخيصه (ط. 2). الدار السعودية للنشر والتوزيع.

[5] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1986). القرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش. قرارات الدورة الثالثة، عمّان، 8–13 صفر 1407هـ / 11–16 أكتوبر 1986م؛ مجلة المجمع، العدد الثالث، الجزء الثاني، ص523. المصدر الرسمي

[6] ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. (د.ت.). متى يُعتبر الإنسان ميتًا شرعًا ويُدفن ويُورَّث؟ الموقع الرسمي لسماحته (لا يظهر رقم أو تاريخ مستقل للجواب). المصدر الرسمي

[7] المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي. (1408هـ). القرار الثاني بشأن أجهزة الإنعاش (موت الدماغ). قرارات الدورة العاشرة، مكة المكرمة، 24–28 صفر 1408هـ / أكتوبر 1987م.

[8] ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. (د.ت.). هل المتوفى دماغيًا لا يمكن أن ترجع إليه حياته؟ الموقع

الرسمي لسماحته؛ ويحيل إلى مجموع فتاوى ومقالات الشيخ 366/13 (لا يظهر في الصفحة رقم فتوى مستقل ولا تاريخ صدور). المصدر الرسمي

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1988). القرار رقم 26 (1/4) بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حيًا كان أو ميتًا. قرارات الدورة الرابعة، جدة، 18–23 جمادى الآخرة 1408هـ / 6–11 فبراير 1988م. المصدر الرسمي

[10]Truog, R. D., & Miller, F. G. (2008). The dead donor rule and organ transplantation. New England Journal of Medicine, 359(7), 674–.675

[11] وزير الصحة ورئيس المجلس الصحي السعودي. (1443هـ). اللائحة التنفيذية لنظام التبرع بالأعضاء البشرية، المعتمدة بالقرار رقم (4-29425) وتاريخ 1443/2/21هـ، المعمول بها من 1443/10/12هـ الموافق 13 مايو 2022م. جريدة أم القرى. المصدر الرسمي

[12] المركز السعودي لزراعة الأعضاء. دليل إجراءات التبرع وزراعة الأعضاء البشرية في المملكة العربية السعودية (النسخة الرسمية المتاحة حتى تاريخ القطع)، والملحق (ب): البروتوكول الوطني لتشخيص الوفاة وفقًا للمعايير العصبية (DNC)، ص171–182؛ وشروط التبرع المنشورة. المصدر الرسمي

[13] المملكة العربية السعودية. (1442هـ). نظام التبرع بالأعضاء البشرية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/70) وتاريخ 1442/8/19هـ، بناء على قرار مجلس الوزراء رقم (468) وتاريخ 1442/8/17هـ، المنشور في جريدة أم القرى في 1442/8/27هـ الموافق 9 أبريل 2021م. المصدر الرسمي

القتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب

Chapter 46 -Euthanasia and Physician-Assisted Suicide

رفض إنهاء الحياة ليس رفضًا للرحمة؛ بل التزام بأن تُوجَّه الرحمة إلى المعاناة لا إلى من يعاني.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

ستسمع في أول أشهرك جملة «أريد أن أموت» أو «أريحوني». وهذه الجملة ليست سؤالًا فقهيًا يُجاب عنه بحكم جاهز، بل **واقعة سريرية تحتاج إلى تفكيك قبل أي حكم**. فالمريض قد يقصد بها طلب مادة تنهي حياته، وقد يقصد رفض جلسة غسيل، وقد يقصد «لا تعيدوا إنعاشي»، وقد يقصد أن ألمه لم يُضبط، وقد يعبّر عن اكتئابٍ أو شعورٍ بأنه عبء على أهله. وهذه معانٍ مختلفة تمامًا في الحكم والتصرف.

وأخطر ما يقع في هذا الباب خطآن متقابلان: أن تُجيب طلبًا محرمًا بدعوى الرحمة، أو أن تسمّي «قتلًا رحيمًا» تصرفًا مشروعًا كإيقاف علاج فقد جدواه -فتحرم مريضًا من قرار سليم خوفًا من كلمة.

تحرير المصطلحات: ما الذي نتكلم عنه بالضبط؟

القتل الرحيم فعل متعمد يقصد به إحداث وفاة المريض لإنهاء معاناته. وعرّفته الجمعية الطبية العالمية بأنه: «إعطاء الطبيب عمدًا مادة مميتة، أو إجراؤه تدخلًا، لإحداث وفاة مريض ذي أهلية لاتخاذ القرار، بناءً على طلبه الطوعي».[1] فأركانه ثلاثة: فعل، وقصدٌ إلى الوفاة لا مجرد توقعها، وسببية مباشرة.

والانتحار بمساعدة الطبيب يختلف عنه في شيء واحد حاسم: **من ينفذ الفعل النهائي**. ففي الأول يباشر الطبيب الفعل، وفي الثاني يوفّر الوصفة أو الدواء ليستعمله المريض بنفسه. وإغفال هذا الفارق سببُ خطأ عربي شائع: عدّ سويسرا وألمانيا والولايات الأمريكية «دولًا أباحت القتل الرحيم»، وهي لا تجيز إلا التناول الذاتي.

وثلاثة أوصاف يجب ألا تخلط بينها: **طوعي** بطلب صريح من مؤهل؛ و**غير طوعي** حين لا يقدر المريض على التعبير (فاقد وعي، رضيع، خرف متقدم)، فهو بلا إرادة معلومة لا

ضدها. **وقسري** ضد إرادته المعلنة، وهو قتل محض لا يجيزه نظام قانوني في الدنيا.

مصطلح مهجور احذره: «القتل الرحيم السلبي». هجره أهل الفن لأنه يُدرج احترامَ رفض المريض وإيقافَ علاج غير مجدٍ تحت لفظ «القتل»، والحال أن الوفاة فيهما سببها المرض لا فعل الطبيب. والبديل الصحيح: **«حجب العلاج» و«سحب العلاج»**.

الصور المجاورة المشروعة بضوابطها

خمس صور تُنتج الوفاة أحيانًا، والراجح عند أكثر المعاصرين -وعليه قرار المجمع 67 (5/7) الآتي -أنها لا تُكيَّف قتلًا إذا استوفت ضوابطها:

- **رفض المريض المؤهل للعلاج:** الطبيب هنا لا يفعل شيئًا غايته الموت، وإنما لا يفرض تدخلًا على جسد إنسان.
- **عدم الإنعاش:** قرار بعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي إذا توقف القلب أو التنفس. يتعلق بتدخل محدد في ظرف محدد، ولا يعني وقف بقية الرعاية؛ وتفصيله في الفصل الحادي والأربعين.
- **حجب تدخل غير نافع** (عدم البدء به).
- **سحب تدخل فقد جدواه** بعد البدء -وهو أدق وأحوج إلى التوثيق والرأي الثاني.
- **التسكين التلطيفي المتناسب** لعرض شديد مقاوم؛ وتفصيله في الفصل الثالث والأربعين.

ويلحق بها **رفع الأجهزة بعد ثبوت الوفاة بالمعايير العصبية**؛ فليس إماتةً أصلًا على قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 17 (5/3) لأن المحل ميت شرعًا عنده، وقرار رابطة العالم الإسلامي يجيز الرفع أيضًا وإن لم يرتب أحكام الوفاة. وتفصيل هذا الخلاف في الفصل الخامس والأربعين.

القاعدة الحاكمة: ثلاثة معايير مجتمعة

لا تحكم على الحالة من اسمها، بل اسأل ثلاثة أسئلة معًا: **من ينفذ الفعل الأخير؟ وما القصد؟ وما السبب المباشر المتوقع للوفاة؟** فإن كان الفعل من الطبيب، والقصد إلى الوفاة، والسبب هو الفعل نفسه -فهو الممتنع. وإن كانت الوفاة من تقدم المرض بعد ترك ما لم يعد مستطبًا، فالمسألة تُبحث بأحكام التداوي والجدوى لا بباب القتل.[2]

والسؤال الصحيح في مسائل السحب ليس: «هل فصل الجهاز قتل؟» بل: **هل ما يزال هذا التدخل مستطبًا لهذا المريض؟**

قبل الحكم: تحرير الطلب وتقييم صاحبه

عبارات «أريد أن أرتاح» و«لا تعيدوا إنعاشي» و«أعطني شيئًا ينهي حياتي» ليست مترادفة. فاستوضح المقصود وثباته وسياقه، ثم ثبّت الوقائع: التشخيص والمرحلة والعوامل القابلة للعكس والبدائل والمآل ودرجة اليقين. وانتبه: **عدم إمكان الشفاء لا يساوي قرب الوفاة، ولا يساوي تعذر ضبط الأعراض.**

والأهلية متعلقة بالقرار المحدد لا صفة مطلقة، وكلما كان القرار أشد نهائيةً ارتفع مستوى اليقين المطلوب؛ وتفصيل تقييم الأهلية في الفصل الخامس. ولا يعني المرض النهائي ولا الإعاقة ولا مخالفة رأي الطبيب فقدَ الأهلية. وفي المقابل لا تفترض أن كل طالب للموت مريض نفسي، ولا أن الاكتئاب لا أثر له؛ فإن ظهر اكتئاب شديد أو هذيان أو سبب قابل للعكس، **عالِج السبب ثم أعد تقييم الأهلية وثبات الرغبة**، وقيّم خطر إيذاء النفس.[3، 4]

البيانات: ما الذي يدفع الناس فعلًا؟

في تقرير ولاية أوريغون (بيانات 2025، صدر أبريل 2026) كانت أكثر الدواعي ذكرًا: فقدان الاستقلالية 89.0%، وتراجع القدرة على الأنشطة الممتعة 89.0%، وفقدان الكرامة 65.0%، وفقدان السيطرة على وظائف الجسم 53.0%، والشعور بأنه عبء على الأهل 39.8%، وعدم كفاية ضبط الألم أو القلق منه 37.0%، والأعباء المالية 6.0%.[5]

اقرأ هذه الأرقام جيدًا: **الألم ليس الدافع الغالب**، والدوافع الكبرى وجودية وعلائقية.[6] فاستجابتك ليست دوائية محضة؛ بل رعاية وجودية وروحية، ودعمٌ لمقدمي الرعاية، ومعالجة للشعور بالعبء. ويلفتك أن 91.8% ممن أنهوا حياتهم بموجب قانون أوريغون في 2025 كانوا مسجلين فعلًا في الرعاية المحتضرية.[5]

الأساس الشرعي

الأصل عصمة النفس: ﴿وَلَا تَقْتُلُواْ ٱلنَّفْسَ ٱلَّتِى حَرَّمَ ٱللَّهُ إِلَّا بِٱلْحَقِّ﴾[الأنعام: 151]، ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ [النساء: 29]. ولا تزول الحرمة بشدة المرض، ولا يحوّل رضا المريض المحرّم مشروعًا؛ فالنفس ليست محلًا لإذن صحيح في الإتلاف.[7] ومن وفّر الوسيلة بقصد معلوم تُبحث مسؤوليته في الإعانة والتسبب: ﴿وَلَا تَعَاوَنُواْ عَلَى ٱلْإِثْمِ وَٱلْعُدْوَٰنِ﴾ [المائدة: 2].

وأما التداوي فحكمه يدور مع الحال، كما في **قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم**

67 (5/7) بشأن العلاج الطبي. فيكون واجبًا إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو عضو أو عجز، أو كان الضرر ينتقل إلى غيره؛ ومندوبًا إذا أدى تركه إلى ضعف البدن؛ ومباحًا فيما عداهما؛ ومكروهًا إذا خيفت مضاعفات أشد. وأوجب القرار في الحالات الميؤوس منها الاستمرار في رعاية المريض وتخفيف آلامه «بصرف النظر عن توقع الشفاء» - فالرعاية التلطيفية **مطلوب شرعي قائم بذاته** لا بديل اضطراري.[8]

وأما **قرار أجهزة الإنعاش 17 (5/3)** فنطاقه من ثبتت وفاته؛ إذ قرر أنه «يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص، وإن كان بعض الأعضاء كالقلب لا يزال يعمل آليًا بفعل الأجهزة». فلا يصلح سندًا لوقف العلاج عن مريض حيّ ضعيف الإنذار.[9] **والقرار 184 (10/19)** يبيّن أن الرضا ليس مطلقًا؛ إذ قرر أن المريض كامل الأهلية إذا كانت حالته مستعجلة وحاجته للعلاج ضرورية «فإن إعطاء الإذن بعلاجه واجب شرعًا يأثم المريض بتركه».[10] **وهذا الإثم في ذمة المريض؛ وهو حكم تكليفي لا يبيح للطبيب إكراهه جسديًا على العلاج**: فيُستنفد الإقناع والتبصير، ويوثَّق الرفض، ويبقى استثناء الضرورة لصورة تعذّر الإذن لا لصورة الرفض الواعي، كما تقدم في الفصل الخامس.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص	ما يقرره
المادة التاسعة عشرة	حظر إنهاء حياة أي مريض ولو بطلبه أو طلب ذويه[11]
المادة الخامسة	احترام حق الإنسان في الحياة والسلامة والكرامة
المادة التاسعة	استهداف مصلحة المريض دائمًا
المادة الثامنة عشرة	تنبيه المريض وذويه وتحذيرهم من خطورة النتائج
السياسة الوطنية لعدم الإنعاش	ثلاثة أطباء، أحدهم استشاري معالج
فتوى اللجنة الدائمة	القرار طبي بتقرير ثلاثة مختصين

والنظام هو نظام مزاولة المهن الصحية الصادر بالمرسوم الملكي **م/59 وتاريخ 1426/11/4هـ**؛ والسياسة الوطنية لعدم الإنعاش صادرة عن المجلس الصحي السعودي بالقرار رقم **64/3 وتاريخ 1434/3/1هـ**.[11، 12] وقد نصت فتوى اللجنة الدائمة على أن رأي أولياء المريض لا يُلتفت إليه «لأن ذلك ليس من اختصاصهم»؛ وتبعتها السياسة الوطنية بجعل التواصل مع الأسرة **إخبارًا ومناقشة لا شرطَ موافقة**.[13، 12] وفرقٌ

كبير بين «لا يُشترط إذنهم» و«لا يُخبرون».

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
تحريم إنهاء حياة المريض عمدًا ولو برضاه وطلبه؛ فالنفس ليست محلًا لإذن صحيح في الإتلاف	نص قطعي	﴿وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ﴾، ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ﴾ [7]
تحريم الإعانة على إنهاء الحياة بتوفير الوسيلة بقصد معلوم	نص قطعي في أصل المنع، وتُبحث تفاصيل المسؤولية في باب الإعانة والتسبب	﴿وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ﴾
تدرج حكم التداوي بين الوجوب والندب والإباحة والكراهة، ووجوب استمرار الرعاية وتخفيف الألم في الحالات الميؤوس منها	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 67 (5/7) [8]
جواز رفع أجهزة الإنعاش عمن ثبتت وفاته، ولا يصلح سندًا لوقف العلاج عن حي	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 17 (5/3) [9]
وجوب إذن المريض كامل الأهلية بالعلاج إذا كانت حالته مستعجلة وحاجته ضرورية، وإثمه بتركه؛ من غير أن يبيح ذلك إكراهه	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 184 (10/19) [10]
قرار عدم الإنعاش قرار طبي بتقرير ثلاثة مختصين، ولا يُلتفت فيه إلى رأي الأولياء	فتوى	اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء [13]
الصور الخمس المجاورة (الرفض، وعدم الإنعاش، والحجب، والسحب، والتسكين المتناسب) ليست قتلًا إذا استوفت ضوابطها	قول راجح	الراجح عند أكثر المعاصرين، بمعايير الفاعل والقصد والسبب المباشر [2]

أين يقع الخطأ عادةً؟

• **الحكم قبل التحرير:** معاملة «أريد أن أموت» طلبًا مستقرًا لفعل مميت قبل معرفة معناه.

• **التوحيد بالنتيجة:** جمع صور مختلفة لأنها تنتهي بالوفاة، مع اختلافها في الفاعل والقصد والسببية والاستطباب.

• **إخراج النص عن نطاقه:** الاستدلال بقرار أجهزة الإنعاش على سحب علاج عن مريض حيّ.

• **الخطأ في العقوبة:** القول إن «عقوبة القتل الرحيم السجن ستة أشهر» تحريف؛ فتلك عقوبة المخالفة المهنية للنظام. أما إنهاء حياة المريض عمدًا فالأقرب في تكييفه أنه قتل عمد، تخضع أحكامه للشريعة وما يقرره القضاء المختص.

• **الاستشهاد الخاطئ بالقضايا المرجعية:** كوينلان وكروزان وشيافو ولامبير كلها **قضايا سحب علاج**، ولم يُطرح في أي منها إعطاء مادة مميتة. وقضية كوينلان كانت جهاز تنفس لا أنبوب تغذية، ولم تتوف بعد فصل الجهاز بل عاشت تسع سنوات (1976–1985).

خلاصة عملية

لا يُجاب طلب التعجيل بالموت بفعل يقصد به إحداث الوفاة ولا بإعانة عليه، مهما بلغت المعاناة وثبتت الأهلية. ويُجاب بتحرير معنى الطلب، وعلاج ما يمكن علاجه من أسبابه، وتكثيف الرعاية التلطيفية والدعم الوجودي. ويُجاب أيضًا باحترام حق المؤهل في رفض ما يقع على جسده بضوابطه، وترك ما لم يعد مستطبًا بقرار طبي جماعي موثق، وتسكين الأعراض المقاومة بجرعات **تُعاير للراحة لا للوفاة**.[14] ووثّق ذلك كله، وحدّد موعد مراجعة لكل قرار.

وتذكر: رفض إنهاء الحياة ليس رفضًا للرحمة؛ بل التزام بأن تُوجَّه الرحمة إلى المعاناة لا إلى من يعاني.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

عولجت الحالات الثلاث بالمنهج الرباعي كاملًا، وتُعرض هنا خلاصاتها الموجزة؛ فقيمة النموذج أنه يمنع القفز من وصف عام إلى حكم نهائي قبل تحرير الواقعة:

1. سرطان منتشر وطلب حقنة مميتة من مؤهل تؤيده أسرته: المريض لا يطلب تسكين عرض

ولا يرفض تدخلًا، بل فعلًا يقصد به إحداث الوفاة نفسها ويكون سببها المباشر؛ فالتكييف إزهاق مباشر مقصود، والأركان الأربعة متفقة على المنع بلا تعارض حقيقي: ﴿ولا تقتلوا النفس التي حرم الله إلا بالحق﴾، والمادة 19 صريحة في أن الطلب وموافقة الأسرة لا ينشئان حقًا. لا تعطى الحقنة، وتكثَّف -لا تنقص- الرعاية التلطيفية والتقييم النفسي والدعم، ويشرح للمريض وأسرته أن رفض الطلب ليس تخليًا؛ ويلاحظ أن تأييد الأسرة يستوجب مزيد حذر لا تسهيلًا -فالشعور بالعبء من أكثر الدواعي الموثقة [5] [15]. ويعاد النظر إن تبدل تكييف الطلب إلى رفض تدخل بعينه، أو ظهرت أعراض مقاومة تستوجب تسكينًا بضوابطه، أو تبين اكتئاب مؤثر.

2. تصلب جانبي ضموري وطلب وصفة للتناول الذاتي: المريض هنا هو المباشر للفعل النهائي والطبيب يوفر الوسيلة عالمًا بالغرض؛ فهي انتحار من جهة المريض وإعانة وتسبب من جهة الطبيب، وسلامة أهليته لا تجعل الإعانة مشروعة. ولا يجبر طبيب على المشاركة ولا الإحالة [1]. وينبه إلى رسالة ضمنية خطيرة لو استجيب: أن يفهم أن الاعتماد على الآخرين وفقد الوظيفة مسوغان لإنهاء الحياة - وهي رسالة تمس كل من يعيش بإعاقة شديدة، وهي من أقوى حجج العدالة. لا توصف المادة، وتوضع خطة استباقية صريحة لإدارة ضيق النفس وأزمات الاختناق -فالخوف من تلك اللحظة كثيرًا ما يكون المحرك الحقيقي. ويبقى حقه بوصفه مؤهلًا في مناقشة قبول التدخلات أو رفضها، بما فيها التهوية وتوقيت بدئها، بضوابطه وتوثيقه، مع التحقق من موثوقية وسيلة التواصل بالعين.

3. طلب موت مع اكتئاب شديد بعد فقد الزوج: السؤال الحاسم: أهو طلب صادر عن إرادة مستقلة أم عرض من أعراض اضطراب قابل للعلاج؟ يقتضي احترام الاستقلال أخذ كلامها بجدية لا إهماله، لكنه لا يقتضي معاملته اختيارًا نهائيًا قبل علاج العوامل التي قد تكون شكلته؛ فقد أظهرت الأدلة ارتباطًا قويًا بين الرغبة في التعجيل بالموت والاكتئاب واليأس وتغيرّها بعلاج سببها [3]. لا ينفذ الطلب، ويبدأ فورًا التقييم والعلاج النفسي المتخصص وضبط الأعراض ومعالجة العزلة وتقييم خطر إيذاء النفس. وتوضع قاعدة تأجيل صريحة: لا يعتمد أي قرار جوهري لا رجعة فيه -كإيقاف العلاج المبطئ للمرض- حتى يتضح أثر الاضطراب في الأهلية ويعاد التقييم بعد الاستقرار؛ فإن ثبت بعدها موقف مستقر من تدخلات بعينها انتقل التحليل إلى باب رفض العلاج بأحكامه، لا إلى تنفيذ الطلب الأصلي الذي يبقى محظورًا في كل حال.

الحالة/الموقف	الفعل المطلوب	التكييف	القرار
1	حقنة مميتة	قتل عمد	ممتنع
2	وصفة للتناول الذاتي	إعانة على الانتحار	ممتنع
3	طلب موت مع اكتئاب	طلب متأثر باضطراب قابل للعلاج	ممتنع + علاج السبب والتأجيل

موقف	تسكين عميق لعرض مقاوم	تداوٍ وإزالة ضرر	جائز بضوابطه
موقف	فصل تهوية عن حي	مسألة جدوى علاج لا إماتة	لا يفصل الآن؛ ويقيَّم
موقف	توجيه مسبق تعارضه الأسرة	مسألة انطباق وجدوى	لا آلية في الاتجاهين
موقف	إيقاف تغذية صناعية	تدخل يخضع للمنفعة والعبء	لا بقصد الإماتة؛ ويقيَّم

وتجمع الحالات ثلاث قواعد: أن تكييف الطلب أول الطريق؛ وأن حكم العلاج نفسه -وجوبًا وندبًا وإباحة -هو مفتاح مسائل الرفض والحجب والسحب لا صورة الفعل؛ وأن الرعاية لا تسقط بحال - فرفض إنهاء الحياة يوجب تكثيف الرعاية، وإيقاف تدخل متى جاز لا يعني التخلي عن صاحبه.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

تسكين تلطيفي عميق تعترض عليه الأسرة بوصفه «قتلًا بطيئًا»: يثبت أولًا أن العرض شديد مقاوم وأن التدابير المعتادة جُربت، ثم يبدأ بأقل مستوى مؤثر مع التدرج والمعايرة والمراقبة والتوثيق. والضابط: الهدف العرضُ لا العمر، والجرعة تُعاير للراحة لا للوفاة، والأدلة الحديثة لا تسند أن التسكين المطبق وفق الإرشادات يقصّر الحياة [14]؛ فإن طُلب رفع الجرعة بما يتجاوز مقتضى السيطرة على العرض خرج الفعل من بابه ووجب التوقف. وتفصيله في فصل الرعاية التلطيفية.

طلب الأسرة فصل جهاز التنفس عن مريض حي لا يستوفي معايير موت الدماغ: لا يفصل الجهاز في هذه المرحلة: يستكمل التقييم المتخصص، وتراجع إرادة المريض السابقة، ويؤخذ رأي ثانٍ، وتمنح مهلة زمنية محددة. والضابط: قرار أجهزة الإنعاش 17 (5/3) يتعلق بمن ثبتت وفاته، والمرجع هنا قرار العلاج الطبي 67 (5/7): هل التهوية ما تزال تحقق هدفًا طبيًا معتبرًا؟ فإن ثبت فقد الجدوى عومل السحب سحبَ علاج غير نافع بقرار طبي جماعي موثق لا قرار أسرة. وتفصيله في فصل جدوى العلاج.

توجيه مسبق تعارضه الأسرة إصرارًا على «عمل كل شيء»: لا يطبق التوجيه آليًا ولا يلغى بطلب الأسرة، بل يتحقق من انطباقه على الحالة الراهنة. والضابط: إن كان التدخل مؤقتًا قادرًا على إعادة المريض إلى حالة كان يقبلها فهو موافق لمقصد توجيهه ويبدأ به بسقف زمني للمراجعة، وإن ثبت أنه دعم مطول ضعيف الفائدة عومل عدم التصعيد عدمَ تقديم علاج غير نافع؛ والرعاية مستمرة في الحالين. وتفصيله في فصل التوجيهات الطبية المسبقة.

اعتماد مزمن على تغذية صناعية مع مضاعفات متكررة: لا يجوز إيقاف التغذية بقصد التعجيل بالوفاة -وهو ملحق بباب القتل -ولا تجب استدامتها آليًا لمجرد تسميتها «غذاء». والضابط: هي تدخل طبي يخضع لميزان المنفعة والعبء (قرار 67)، وقد يكون الأنسب تعديل التدخل لا إيقافه: تغيير طريقة التغذية أو حجمها أو الانتقال إلى التغذية المريحة، بقرار طبي متخصص موثق مع

استمرار العناية بالفم والرعاية التلطيفية. وتفصيله في فصل التغذية والإرواء الصناعيين.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. أثناء مناوبتك يقول لك مريض بسرطان منتشر: «أريد أن أرتاح». ما أول ما يجب فعله؟

أ) تُفهم العبارة طلبًا لإنهاء الحياة ويُرفض فورًا مع إغلاق النقاش

ب) يُستوضح المقصود: أهو طلب فعل مميت، أم رفض تدخل، أم شكوى من أعراض، أم تعبير عن معاناة

ج) تُحال الحالة مباشرة إلى لجنة الأخلاقيات قبل أي حديث

د) يُستشار الأهل أولًا لأنهم أعرف بمراده

2. كتب مقيم في الملف: «قرار قتل رحيم سلبي: إيقاف الغسيل الكلوي بناءً على رفض المريض المؤهل». ما تعليقك على هذه الصياغة؟

أ) الصياغة دقيقة، لأن القرار سينتهي بالوفاة

ب) المصطلح مهجور؛ لأنه يُدرج احترام رفض المريض تحت لفظ «القتل»، والصواب: «سحب علاج بناءً على رفض مريض مؤهل»

ج) القرار نفسه محرم لأنه ينتهي بالوفاة، والمشكلة في القرار لا في التسمية

د) يُصحَّح إلى «قتل رحيم طوعي» لأن المريض طلبه بنفسه

3. قال زميل في نقاش: «النظام السعودي لا يتناول إنهاء حياة المريض صراحة، و أقصى ما فيه عقوبة مخالفة مهنية بالسجن ستة أشهر». ما الصحيح؟

أ) كلامه صحيح، فالمسألة متروكة لتقدير الطبيب والأسرة

ب) النظام يحظر صراحة إنهاء حياة أي مريض ولو بطلبه أو طلب ذويه، وإنهاء الحياة عمدًا يُكيَّف قتلًا عمدًا لا مجرد مخالفة مهنية

ج) النظام يجيزه إذا طلبه المريض ووافق ذووه كتابيًا

د) النظام يحيل كل حالة إلى لجنة الأخلاقيات لتقرر

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) ب • 3) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] World Medical Association. WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. 70th WMA General Assembly, Tbilisi, October 2019.

[2] Mohiuddin A, Suleman M, Rasheed S, Padela AI. When can Muslims withdraw or withhold life support? A narrative review of Islamic juridical rulings. Global Bioethics.

2020;31(1):29–.46

[3]Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. JAMA. 2000;284(22):2907–.2911

[4]Wilson KG, Scott JF, Graham ID, et al. Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. Archives of Internal Medicine. 2000;160(16):2454–.2460

[5]Oregon Health Authority. Oregon Death with Dignity Act: 2025Data Summary (صدر في أبريل 2026).

[6]Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. JAMA. 2000;284(19):2460–.2468

[7]Wan Muhammad R, Alias F, Kassim PNJ, Hussin N. The doctrine of sanctity of life from the Islamic perspective. Al-Shajarah. 2016;.(1)21

[8] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م.

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش، الدورة الثالثة، عمّان، 8–13 صفر 1407هـ / 11–16 أكتوبر 1986م.

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 184 (10/19) بشأن الإذن في العمليات الطبية المستعجلة، الدورة التاسعة عشرة، الشارقة، 1430هـ / 2009م.

[11] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، ولائحته التنفيذية.

[12] المجلس الصحي السعودي. السياسة والإجراءات الوطنية لحالة عدم الإنعاش، القرار رقم 64/3 وتاريخ 1434/3/1هـ (يناير 2013م).

[13] اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. فتوى في شأن أجهزة الإنعاش وحالات عدم وضعها أو رفعها (الفتوى رقم 12086 وتاريخ 1409/6/30هـ).

[14] مراجعة منهجية بشأن الأثر الفعلي للمسكنات الأفيونية والتخدير التلطيفي في مدة البقاء ومبدأ الأثر المزدوج. BMC Palliative Care. مايو 2026.

[15]Health Canada. Sixth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada (بيانات 2024؛ نوفمبر 2025).

أخلاقيات زراعة ونقل الأعضاء البشرية

Chapter 47 -Ethics of Organ Donation and Transplantation

لا يُعامل جسد المتبرع وسيلة.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

زراعة الأعضاء ليست عملية جراحية منفردة، بل **سلسلة قرارات**: تحديد الحاجة الطبية، فتقييم المتبرع والمتلقي، فالإذن المستنير، فإثبات الوفاة عند التبرع بعد الوفاة، فتخصيص العضو، فالمتابعة طويلة الأمد. والقاعدة التي تحكم عملك في هذه السلسلة قاسية وواضحة: **نجاح الحلقة الأخيرة لا يصحح خللًا في حلقة سابقة**. فالعضو النافع طبيًا قد يكون الحصول عليه غير جائز بسبب الإكراه أو المقابل أو ضعف الأهلية.

وأنت في هذا الباب أمام أطراف غير متناظرة: متلقٍّ قد يموت، ومتبرع حيّ سليم لا ينتظر فائدة جسدية، وأسرة في صدمة، وفريق يعمل داخل زمن حفظ قصير، ومجتمع يراقب عدالة النظام. ولذلك **لا يكفي «الرضا» وحده معيارًا، ولا «المنفعة» وحدها، ولا الإباحة الفقهية مجردةً من شروطها**.

أربع بوابات: احكم بأضعفها لا بأقواها

مرّ كل حالة على أربع بوابات متتابعة، وتذكّر أن **حكم الحالة يتحدد بأضعف بوابة فيها**:

- **بوابة الاستطباب والمنفعة:** تشخيص واضح، وبدائل، ومنفعة متوقعة، ومخاطر معلومة.
- **بوابة المصدروالسلامة:** مصدر مشروع، ومتبرع ملائم، ووفاة موثقة مستقلة عند الاقتضاء.
- **بوابة الإذن والمشروعية:** أهلية وفهم وطواعية وحق رجوع، وانتفاء المقابل والمحظور.
- **بوابة التخصيص والتنفيذ:** مركز مرخص، وقائمة أو معيار معلن، ومطابقة وتتبع وتحقق نهائي ومتابعة.

فقد يكون العضو صالحًا والمتبرع غير حر، أو الإذن صحيحًا والعضو غير مناسب، أو الوفاة ثابتة والوثيقة محل نزاع، أو الأولوية الطبية واضحة ويحاول النفوذ تغييرها.

التوقيع شيء والطواعية شيء آخر

أكثر ما ستخطئ فيه هو أن تعدّ التوقيع دليلًا على حرية القرار. **الضغط العاطفي قد يفسد الإذن ولو لم يصدر تهديد.** فمن يوقّع أمام أسرته وهو يخشى أن يُعدّ رفضه سببًا في موت أخيه ليس حرًّا بالمعنى المطلوب.

والحل ليس استبعاده لمجرد أنه خائف -فالخوف متوقع في قرار جراحي -بل **مقابلة مستقلة** يسأله فيها مقيِّم لا مصلحة له: ماذا تتوقع لو رفضت؟ ومن بدأ النقاش؟ وهل تستطيع العودة إلى بيتك بلا عقاب؟ ثم يُختبر فهمه للمخاطر ولاحتمال فشل الزرع. وإن اختار الانسحاب، **يُعطى سبب محايد يحفظ سريته** («لم يستوف معايير البرنامج») بلا اختلاق مرض قد يضره تأمينيًا أو اجتماعيًا.[1]

انتبه: جلسات الإرشاد وسيلة لحماية القرار لا لتغييره. فإذا قال المتبرع إنه لا يريد أصلًا، فلا يسوغ مهنيًا استعمال الجلسات لإقناعه.

الحياد المالي: أدق من شعار «لا مال»

منع المقابل قاعدة قاطعة في قرار المجمع 26 (1/4) وفي النظام، لكن الحياد المالي ليس معناه أن يخسر المتبرع من جيبه. فلو تحمّل السفر وفقد دخله، صار التبرع امتيازًا للقادرين. والذي تقرره المبادئ المهنية الدولية أن المسموح هو **رد المصروفات الطبية والسفر والدخل الفائت والرعاية اللاحقة** عبر جهة مؤسسية، بفواتير وحدود معلنة ومراجعة مستقلة.[2، 3] والممنوع: أي دفع يزيد على إزالة الخسارة، أو يتغير بحسب ندرة الفصيلة أو استعجال المتلقي أو قدرة أسرته.

واسأل عند الاشتباه سؤالين حاسمين: **هل كانت هذه المنفعة ستوجد لولا التبرع؟ وهل يمكن لشخص محتاج أن يشعر أن العضو هو طريقه الوحيد إليها؟** فإن كان الجواب نعم، ارتفعت شبهة المقابل ولو لم يوجد عقد مكتوب. وتسمية المال «هدية» أو «سداد دين» لا تغيّر حقيقته إذا كان شرطًا للنقل.[3]

العدالة في التخصيص

تقرر المبادئ المهنية المستقرة أنه يُعتدّ بعوامل سريرية مرتبطة بالنتيجة أو الاستعجال، **ولا يسوغ تحويل «القيمة الاجتماعية» إلى معيار** يفضّل المسؤول أو

المشهور أو المُعيل لمجرد مكانته.[2] وتفصيل قواعد توزيع الموارد في الفصل السابع والثلاثين. ولا تكفي نظرية واحدة: فتقديم الأشد مرضًا دائمًا قد يفضي إلى زرع أعضاء لمن لا يحتملون الجراحة، وتعظيم سنوات الحياة يتحيز ضد كبار السن، وأسبقية الانتظار وحدها قد تهدر عضوًا لا يلائم إلا مرشحًا بعينه.

والاستثناء جائز في نظام عادل، لكنه يحتاج سببًا مكتوبًا، وأعضاء بلا تعارض، ومراجعة لاحقة. **والاستثناء السري المتكرر يصبح قاعدة امتياز.**

ما يجوز وما لا يجوز: من الحي ومن الميت

الأحكام الآتية مستندة إلى قرار هيئة كبار العلماء رقم (99) وقراري المجمع 26 (1/4) و57 (8/6) وإلى نظام التبرع بالأعضاء، ومراتب كل منها في جدول المراتب أدناه:

الصورة	الحكم	القيد
نقل من موضع إلى آخر في الجسم نفسه	يجوز	رجحان النفع وغرض مشروع
من حي: عضو مزدوج أو جزء يُستغنى عنه	يجوز بشروط	كامل الأهلية، طوعًا، بلا مقابل
من حي: عضو تتوقف عليه الحياة كالقلب	يحرم	بحال
من حي: ما يعطل وظيفة أساسية	يمنع	وإن لم تتوقف عليه الحياة
الخصية والمبيض	يحرم	لنقل الصفات الوراثية
من الميت	يجوز	إذن معتبر ووفاة موثقة مستقلة
البيع	يحرم	«بحال ما»[4]

من الحي: يحدد النظام «الشخص» بكامل الأهلية الذي أتم الثامنة عشرة؛ فلا يُنشأ التبرع عن ناقص الأهلية بموافقة وليه. وتوجب المادة الخامسة فحصًا نفسيًا واجتماعيًا وطبيًا شاملًا وإحاطة المتبرع بالنتائج المؤكدة والمحتملة. وتحظر المادة الثامنة التبرع إذا كان العضو لازمًا لحياة المتبرع، أو أفضى الاستئصال إلى موته أو عجز عضو كامل أو منعه من شؤون حياته، أو كان نجاح الزرع غير مرجح.[5] وتحدد اللائحة القرابة بالدرجة الرابعة والمصاهرة والرضاع المثبت رسميًا، وتجيز التبرع لغير القريب ضمن ضوابط الدليل، مع تدقيق أشد في الوسيط والمال والسفر. **والتبرع التبادلي** يُدار وفق الدليل لا باتفاق خاص بين أسرتين.[6، 7]

من الميت: طريقان للإذن. الأول في **المادة الثانية**: تبرع أو وصية مكتوبة موثقة عبر القناة الرسمية ينفذها المركز عند الوفاة. فإن لم توجد فالثاني في **المادة الثالثة**:

موافقة أقرب وارث ثم الأقرب فالأقرب، بغالبية المتساوين في الدرجة. **وللمتبرع والموصي ومن أصدر المو افقة حق الرجوع** قبل الاستئصال (المادة الرابعة)، ويُوثَّق كل رجوع ولا يجوز الاستئصال بعد العلم به. وفي مسار المادة الثالثة **لا يبدأ طلب مو افقة الورثة قبل توثيق الوفاة**؛ فيجوز إعداد الأسرة وشرح الحالة، أما طلب الإذن النظامي فله نقطة بدء محددة.[5، 6]

ضابط المو افقة الذي تحفظه: التوثيق الرسمي يثبت القرار والهوية، لكنه لا يُغني في التبرع الحي عن شرح المخاطر الحالية بعد الفحوص، **وتحديث الإذن إذا تغير نوع الاستئصال أو ظهر خطر جديد**.[1] ولا تُجعل موافقة المتلقي أو حاجته بديلًا عن إذن المتبرع. وتفصيل عناصر الإذن المستنير والأهلية في الفصل الخامس.

الأساس الشرعي

المسألة تندرج تحت حفظ النفس مع صيانة الكرامة. وأقدم المراجع الجماعية في المملكة **قرار هيئة كبار العلماء رقم (99) وتاريخ 1402/11/6هـ** بشأن نقل الأعضاء، وقد أجاز في الجملة التبرع بالأعضاء ونقلها من الميت ومن الحي بضوابط تحفظ حرمة الإنسان ومصلحته، وهو أعلى المراجع الجماعية المحلية مرتبة في هذا الباب؛ وما فيه من تفصيل يُرجع فيه إلى نصه لا إلى ما يُنقل عنه.[8]

ثم صدر **قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 26 (1/4)** في دورته الرابعة بجدة، 18–23 جمادى الآخرة 1408هـ الموافق 6–11 فبراير 1988م، ومن نصوصه:

- «يجوز نقل العضو من مكان من جسم الإنسان إلى مكان آخر من جسمه» بشرط رجحان النفع وتحقق الغرض المشروع.
- «يحرم نقل عضو تتوقف عليه الحياة كالقلب من إنسان حي إلى إنسان آخر.»
- «يحرم الاتجار بالأعضاء الإنسانية بحال؛ إذ لا يجوز إخضاع أعضاء الإنسان للبيع بحال ما. أما بذل المال من المستفيد، ابتغاء الحصول على العضو المطلوب عند الضرورة أو مكافأةً وتكريمًا، فمحل اجتهاد ونظر».[4]

فحسم القرار حرمة البيع حسمًا مطلقًا، وأبقى صورة بذل المال من المستفيد - مكافأةً لا ثمنًا مشروطًا -محل اجتهاد. ويفرّق القرار بين العضو المتجدد كالدم والجلد وبين العضو الحيوي، ويشترط كمال أهلية الباذل.[4]

وقرر المجمع في **القرار رقم 57 (8/6)** -الدورة السادسة بجدة، 17–23 شعبان

1410هـ الموافق 14–20 مارس 1990م -**تحريم زرع الخصية والمبيض** لأنهما يظلان حاملين ومفرزين للصفات الوراثية للمنقول منه، وأجاز ما لا ينقل الصفات الوراثية من أعضاء الجهاز التناسلي -عدا العورات المغلظة -لضرورة مشروعة.[9] وأما تحقق الوفاة فمرجعه **القرار رقم 17 (5/3)** -الدورة الثالثة بعمان، 8–13 صفر 1407هـ الموافق 11–16 أكتوبر 1986م.[10] وفي معيار الوفاة بالمعايير العصبية خلاف معتبر بين المجمعين، وتفصيله في الفصل الخامس والأربعين.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

المادة	ما تقرره
الثانية	التبرع والوصية بإجراء مكتوب موثق
الثالثة	موافقة أقرب وارث بعد الوفاة
الرابعة	حق الرجوع قبل الاستئصال
الخامسة	فحص نفسي واجتماعي وطبي شامل
الثامنة	حظر التبرع بالعضو اللازم للحياة
العاشرة	صون الكرامة والسرية
الثانية عشرة	حظر أي مقابل مادي أو عيني
السابعة عشرة	متابعة المتبرع مدى الحياة
التاسعة عشرة	قوائم الانتظار الوطنية

والنظام هو **نظام التبرع بالأعضاء البشرية** الصادر بالمرسوم الملكي رقم **(م/70) وتاريخ 1442/8/19هـ**، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (468) وتاريخ 1442/8/17هـ، ونُشر في 1442/8/27هـ الموافق 9 أبريل 2021م.[5] وصدرت **اللائحة التنفيذية** بقرار وزير الصحة رئيس المجلس الصحي السعودي رقم **(29425-4) وتاريخ 1443/2/21هـ**.[6] ويكمّلهما «**دليل إجراءات التبرع وزراعة الأعضاء البشرية في المملكة العربية السعودية**»، **الإصدار الثالث 2024**.[7]

وثلاث نقاط تحفظها: النظام يعرّف «الشخص» بأنه كامل الأهلية الذي أتم **الثامنة عشرة**، ويستثني **الدم** من تعريف العضو فلا تُسقط أحكامه آليًا على برامج الدم. واللائحة تحظر **بدء إجراءات موافقة الورثة قبل توثيق الوفاة** في مسار المادة الثالثة، وتحظر على **أعضاء فريق الزرع المشاركة في توثيق الوفاة**.[6] والعقوبات ليست شكلية. فتصل غرامة مخالفة بعض أحكام المادتين الثامنة والعاشرة إلى **خمسمائة ألف ريال**.

وتصل عقوبة مخالفة حظر المقابل في المادة الثانية عشرة إلى **السجن مدة لا تتجاوز سنتين وغرامة لا تتجاوز مليون ريال أو بإحداهما**.[5]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
جواز التبرع بالأعضاء ونقلها من الميت والحي بضوابط	قرار هيئة كبار العلماء	هيئة كبار العلماء، القرار رقم (99) وتاريخ 1402/11/6هـ [8]
جواز نقل العضو من موضع إلى آخر في الجسم نفسه بشرط رجحان النفع والغرض المشروع	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 26 (1/4) [4]
جواز التبرع من الحي بعضو مزدوج أو جزء يُستغنى عنه، بكمال الأهلية والطواعية وانتفاء المقابل	قرار مجمعي	القرار 26 (1/4) [4]
تحريم نقل عضو تتوقف عليه الحياة كالقلب من إنسان حي	قرار مجمعي	القرار 26 (1/4) [4]
تحريم الاتجار بالأعضاء والبيع «بحال ما»	قرار مجمعي	القرار 26 (1/4) [4]، ويوافقه حظر المقابل في النظام
بذل المال من المستفيد مكافأةً وتكريمًا لا ثمنًا مشروطًا	محل اجتهاد ونظر (لم يحسمه المجمع)	القرار 26 (1/4) [4]، والمبادئ المهنية تقصره على رد النفقات [2، 3]
تحريم زرع الخصية والمبيض، وجواز ما لا ينقل الصفات الوراثية عدا العورات المغلظة	قرار مجمعي	القرار 57 (8/6) [9]
جواز الأخذ من الميت بإذن معتبر ووفاة موثقة مستقلة، ومعيار الوفاة على القرار 17 (5/3) مع خلاف معتبر فيه	قرار مجمعي	القرار 26 (1/4) والقرار 17 (5/3) [4، 10]

أين يقع الخطأ عادةً؟

الخطأ ليس في جهل الحكم، بل في **الخلط بين متشابهين**:

- بين **التوقيع والطواعية**.

- بين **رد النفقة الموثقة والمقابل المشروط**.
- بين **وصية موثقة عبر القناة الرسمية وتسجيل رغبة توعوي**.
- بين **معيار سريري** ومعيار اجتماعي كـ«الأثر المجتمعي».
- بين **خلاف فقهي معتبر** في معيار الوفاة و**رخصةٍ لغير المختص** أن يعيد التشخيص.

وأضف إليها خطأ الأدوار: ألا يقيّم الجراح الذي يحتاج العضو أهلية المتبرع، وأن تُفصل لجنة التخصيص عن جمع التبرعات والإدارة الإعلامية.

خلاصة عملية

الأصل -على ما قرره المجمع في القرار 26 (1/4) -إمكان التبرع والزرع متى ثبتت المنفعة المرجحة، وقُيّمت المخاطر، وصدر إذن صحيح قابل للسحب، وانتفى المقابل والاستغلال. ويُضاف إلى ذلك ثبوت الوفاة مستقلةً عند الاقتضاء، وإجراء المطابقة في مركز مرخص وفق القوائم والأدلة. **ويُوقف المسار** عند غموض الأهلية، أو ضغط معتبر، أو منفعة مالية محرمة، أو خطر جسيم على المتبرع، أو تعارض أدوار، أو نزاع غير محسوم في الوثائق والولاية. وإذا تعارضت منفعة المتلقي مع سلامة المتبرع الحي، فلا يُعامل جسد المتبرع وسيلة: يُبحث عن متبرع آخر أو تبرع تبادلي أو بديل علاجي.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

القواعد الحاكمة لهذا الباب. تُقرأ الحالتان الآتيتان ببوابات الفصل الأربع: استطباب ومنفعة، ومصدر وسلامة، وإذن ومشروعية، وتخصيص وتنفيذ. وحكم الحالة يتحدد بأضعف بوابة فيها لا بأقواها. ولذلك اختيرت الحالات لتغطي بوابة مختلفة في كل مرة: الطواعية، ثم المصدر والمال؛ ولكل خلط من الأخطاء الشائعة المتقدمة حالة تبين مآله.

الحالة الأولى: الأخ المتردد تحت ضغط الأسرة

| السيناريو. شاب في التاسعة والعشرين مطابق لأخيه المصاب بفشل كلوي. يقول أمام الأسرة إنه موافق، لكنه يصرح منفردًا للممرضة بأنه يخشى الجراحة، وأن والدته ستعدّ رفضه سببًا في موت أخيه. لم يتلقَّ وعدًا ماليًا، وتقييمه الجسدي الأولي سليم. وتتداخل هنا مصالح المريض المنتظر، والأخ الذي يتحمل الخطر، والأم الخائفة، والفريق، والبرنامج المسؤول عن سلامة التبرع؛ ولا يُفترض سوء نية الأسرة، لكن أثر ضغطها على حرية المتبرع هو محل الحكم.

| الركن الطبي. يُستكمل تقييم ضغط الدم ووظائف الكلية والعوامل العائلية والاستقلابية، ويُقدَّر خطره البعيد وفق إرشادات المتبرع الحي [1]. ويُشرح له أن نجاح الاستئصال لا يضمن عمل

الكلية في أخيه، وأنه سيحتاج متابعة مدى الحياة. وتُبحث البدائل: متبرع آخر، أو التبرع التبادلي، أو استمرار آمن على الغسيل؛ فوجودها يمنح وقتًا لفك الضغط، لكنه لا يجعل الضغط مقبولًا إن كانت البدائل أضعف.

| **الركن الأخلاقي.** التوقيع العلني لا يثبت الطواعية، والضغط العاطفي قد يفسد الإذن ولو لم يصدر تهديد. فيقابله مقيّم مستقل لا مصلحة له: ماذا يتوقع لو رفض؟ ومن بدأ النقاش؟ وهل يستطيع العودة إلى بيته بلا عقاب؟ ويُختبر فهمه للمخاطر واحتمال فشل الزرع. ولا تكفي عبارة «أنا خائف» لاستبعاده؛ فالخوف متوقع، والسؤال هل يختار رغم الخوف بلا عقوبة علائقية. وإن قال إنه لا يريد أصلًا فلا تُستعمل جلسات الإرشاد لتغيير رأيه.

| **الركن الفقهي.** التبرع بالعضو المزدوج جائز بشروطه على قرار المجمع 26 (1/4)، ومنها كمال الأهلية والطواعية [4]؛ وهو بذل مندوب لا فرض عين على مطابق بعينه. فلا يتحول حفظ نفس الأخ إلى حق في جسد أخيه، والإكراه يناقض معنى البذل.

| **الركن النظامي.** توجب المادة الخامسة من نظام التبرع بالأعضاء البشرية فحصًا نفسيًا واجتماعيًا وطبيًا شاملًا وإحاطة المتبرع بالعواقب، وتقرر المادة الرابعة حق الرجوع قبل الاستئصال[5].

القرار المهني الموزون. يُوقف اعتماد الموافقة، وتُجرى مقابلات مستقلة مع اختبار الفهم وإتاحة الرجوع. فإن بقي التردد أو خشي عقابًا أسريًا لم يُستأصل العضو، وأُعطي للأسرة بموافقته سبب محايد يحفظ سريته («لم يستوف معايير البرنامج») بلا اختلاق مرض قد يضره تأمينيًا أو اجتماعيًا [1]. ويُستبعد المضي بالرضا الحالي لأن معلومة مؤثرة ظهرت للفريق، ويُمنع الجراح المعالج للمتلقي من الضغط عليه، ولا يُترك المتلقي بلا خطة؛ بل تستمر رعايته ويُبحث التبادل والقائمة. وإذا عاد المتبرع من تلقاء نفسه أُعيد التقييم، ولم تُعدّ عودته دليلًا كافيًا على زوال الضغط.

الحالة الثانية: «تبرع» مقابل سداد دين

| **السيناريو.** عامل وافد يعرض كلية لمريض لا تربطه به صلة، ويقول إنه متبرع، لكن وسيطًا رتّب أن تسدد أسرة المتلقي دينه بعد العملية، ويصف الطرفان المبلغ بأنه «مساعدة إنسانية». والارتباط السببي واضح: لا سداد بلا كلية ولا كلية بلا سداد. ويزيد الاشتباه إن تكفل الوسيط بالسفر أو الترجمة، أو احتفظ بجواز المتبرع، أو لقّنه إجابات.

| **الركن الطبي.** لا يمكن فصل التقييم الطبي عن المصدر غير المشروع؛ فقد يخفي المتبرع مرضًا أو تاريخًا خوفًا من خسارة المال، وقد لا يستطيع البقاء للمتابعة، وقد تتحمل كليته المتبقية خطرًا أعلى بسبب عمل شاق ووصول محدود للرعاية. وتتأثر سلامة المتلقي بصدق التاريخ وفحوص العدوى. فالخلل المالي خطر طبي أيضًا.

| **الركن الأخلاقي.** المقابل المرتبط بالاستئصال يستغل الضائقة ويحوّل العضو إلى سلعة،

والتبعية الاقتصادية تجعل الطواعية مشكوكًا فيها، والوسيط مؤشر اتجار [3]. ويجب ألا يحجب وضع العامل مهاجرًا حقه في الرعاية والحماية، ولا أن يجعله متهمًا تلقائيًا؛ فقد يكون الطرف الأضعف في شبكة أكبر.

| **الركن الفقهي.** حرّم قرار المجمع 26 (1/4) الاتجار بالأعضاء وإخضاعها للبيع «بحال ما» [4]. وتغيير التسمية لا يغيّر الحقيقة؛ فسداد الدين المشروط ثمن عيني لا ردّ مصروفات فعلية.

| **الركن النظامي.** تحظر المادة الثانية عشرة من نظام التبرع بالأعضاء البشرية المقابل المادي والعيني وطلبه وتقديمه وتلقيه والوساطة فيه، بعقوبة قد تبلغ السجن والغرامة [5]. وتتحمل المنشأة ألا تحصل على مقابل بسبب التبرع ولا تدفعه ولا تتوسط فيه، وأن تبلّغ عند الاشتباه وفق المسار المختص [5، 6]، مع التفريق بين واجب الإبلاغ وكشف معلومات المتبرع لكل طالب.

القرار المهني الموزون. يُوقف المسار، وتُحفظ الأدلة، ويُبلَّغ مسار الامتثال المختص من غير مواجهة قد تعرّض العامل للخطر. ويُقابل بلا وسيط وبمترجم مستقل، ويُسأل عن الوثائق والسفر والدين والتهديد، ويُشرح له أن العلاج العاجل والحماية لا يتوقفان على تعاونه، ويُوجَّه إلى مساعدة قانونية أو اجتماعية غير مشروطة بالتبرع. ويُستبعد تمرير الحالة بوصفها تبرعًا لغير قريب لأنه مشاركة في المخالفة، ويُستبعد إلغاء المبلغ والإكمال فورًا لأنه لا يزيل علاقة الوسيط ولا أثر الوعد السابق. ولا يُحرم العامل من التبرع أبدًا، لكن لا يُعاد النظر إلا بعد فترة فاصلة وتقييم مستقل ومسار مرخص يثبت انتفاء المقابل. أما المتلقي فلا يُعاقب بحرمان دائم إن لم يكن عالمًا؛ بل يعود إلى المسار النظامي وتُراجع مشاركته بحسب الوقائع.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. توفيت مريضة وفاة موثقة بالمعايير العصبية، ووُجد لها إقرار تبرع موثق في القناة الرسمية، فاعترضت الأسرة. ما التصرف الأنسب؟

أ) يُعدّ اعتراض الأسرة ناقضًا آليًا للوصية

ب) يُنفَّذ الاستئصال فورًا لأن الوثيقة رسمية

ج) لا يُعدّ الاعتراض ناقضًا آليًا؛ فتُثبت الوفاة وصحة الوثيقة، ويُطلب تفسير المركز الملزم لتنفيذ المادة الثانية، ويُوثَّق التواصل مع الأسرة

د) يُترك القرار للجراح المناوب لضيق الوقت

2. طلبت مريضة زرع مبيض من متبرعة لاستعادة الخصوبة. ما الحكم؟

أ) جائز لأن الغرض علاجي وحاجتها معتبرة

ب) جائز بشرط موافقة الزوج

ج) جائز إذا كانت المتبرعة قريبة من الدرجة الرابعة

د) محرّم؛ لأن المبيض يظل حاملًا ومفرزًا للصفات الوراثية للمنقول منه

3. تحمّل متبرع حيّ تكاليف سفره وفقد دخله أيام التقييم، فطلب تعويضه. ما الصحيح؟

أ) يُمنع كل دفع لأن النظام يحظر المقابل مطلقًا

ب) يجوز رد المصروفات والدخل الفائت عبر جهة مؤسسية بفواتير وحدود معلنة

ج) يجوز الاتفاق على مبلغ مقطوع يتفق عليه الطرفان

د) يجوز أن يدفع المتلقي مباشرة ما دام لم يُسمَّ ثمنًا

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) د • 3) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Lentine KL, et al. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. *Transplantation*. 2017;101(8S Suppl 1):S1–S109. DOI

[2] World Health Organization. *WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation*. Endorsed by WHA63.22, May 2010. المصدر الرسمي

[3] Declaration of Istanbul Custodian Group. *The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism*, 2018edition. المصدر الرسمي

[4] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 26 (1/4) بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حيًا كان أو ميتًا، الدورة الرابعة، جدة، 1988م. المصدر الرسمي

[5] هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. نظام التبرع بالأعضاء البشرية، المرسوم الملكي رقم (م/70) وتاريخ 1442/8/19هـ، قرار مجلس الوزراء رقم (468) وتاريخ 1442/8/17هـ. المصدر الرسمي

[6] جريدة أم القرى. اللائحة التنفيذية لنظام التبرع بالأعضاء البشرية، قرار رقم (29425-4) وتاريخ 1443/2/21هـ. المصدر الرسمي

[7] المركز السعودي لزراعة الأعضاء. دليل إجراءات التبرع وزراعة الأعضاء البشرية في المملكة العربية السعودية، الإصدار الثالث 2024، منشور 2025. المصدر الرسمي

[8] هيئة كبار العلماء. القرار رقم (99) وتاريخ 1402/11/6هـ بشأن نقل الأعضاء (التبرع بالأعضاء ونقلها من الميت والحي بضوابط).

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 57 (8/6) بشأن زراعة الأعضاء التناسلية، الدورة السادسة، جدة، 1990م. المصدر الرسمي

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش، الدورة الثالثة، عمّان، 1986م. المصدر الرسمي

[11] Greer DM, et al. Pediatric and Adult Brain Death/Death by Neurologic Criteria

Consensus Practice Guideline. *Neurology*. 2023;101(24):1112–1132. DOI

[12] المركز السعودي لزراعة الأعضاء. برامج التبرع بالأعضاء؛ الصفحة العامة المحدثة في 2 يوليو 2026 والمتضمنة إرشاد إشراك الأسرة. المصدر الرسمي.

أخلاقيات البحث الطبي

Chapter 48 -Research Ethics

إن كان بحثًا فلا تلمس مريضًا ولا سجلًّا قبل ترخيص اللجنة.

مستوى القراءة: أساسي | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

ستُدعى وأنت طالب أو متدرب إلى المشاركة في بحث: جمع بيانات، أو تجنيد مرضى، أو تعبئة نماذج موافقة. وستسمع من يقول لك: «هذه مجرد مراجعة سجلات، لا تحتاج لجنة». وهنا يبدأ الخطر.

فالبحث في المملكة **مرخَّص لا مُبلَّغ عنه**. واللجنة المحلية اسمها في النظام «لجنة ترخيص البحوث» -ترخيصٌ لا استشارة. ونصت المادة الثالثة صراحة: «لا يجوز للمنشأة السماح بإجراء البحث على المخلوق الحي إلا بعد استكمال الإجراءات اللازمة وفقًا لهذا النظام، وتخضع الأبحاث لرقابةٍ دورية من اللجنة الوطنية وفقًا للائحة».[1]

نطاق هذا الفصل: موضوعه **البحث المنظم الذي يمر بموافقة لجنة**. أما الابتكار العلاجي والاستخدام الرحيم خارج مسار البحث فموضعه الفصل التالي.

المفتاح: علاج، أم ابتكار، أم بحث؟

هذا التمييز الثلاثي مفتاح الباب كله:

- **العلاج المعتاد:** غايته منفعة هذا المريض بإجراء مستقر الدليل، ويلزمه إذن المريض وبذل العناية.
- **الابتكار العلاجي:** غايته منفعة هذا المريض بإجراء جديد أو معدَّل، ويلزمه إذن مبصَّر خاص وشفافية ومراجعة مؤسسية ومتابعة موثقة.
- **البحث:** غايته **إنتاج معرفة قابلة للتعميم**، ويلزمه ترخيص لجنة أخلاقيات **سابق**، وبروتوكول، وموافقة بعد تبصير.[2]

والفرق بين الثاني والثالث **ليس في الفعل بل في القصد والتكرار والتصميم**. فمن عدّل تقنية مرة لمريض اقتضت حالته ذلك فهو ابتكار؛ ومن كرر التعديل على سلسلة مرضى ليقارن النتائج فقد صار بحثًا وإن سمّاه علاجًا.[3، 4]

وضابط كاشف تحفظه: إذا كنتَ ستنشر النتيجة، فقد كنتَ تبحث. فنية النشر قرينة قوية على قصد المعرفة القابلة للتعميم. ومن سمّى بحثه «تجربة علاجية» ليتجنب المراجعة فقد غرّر بمريضه وبمؤسسته معًا، **ومخالفته قائمة بذاتها ولو نجح الإجراء.**

الموافقة في البحث أشدّ منها في العلاج

لماذا؟ لأن المشارك **قد لا ينتفع أصلًا**، ولأن الباحث قد يكون هو طبيبه المعالج فتختلط عليه الأدوار. وتفصيل عناصر الموافقة المستنيرة عامةً في الفصل الخامس، وقد عرّف النظام الموافقة بعد التبصير بأنها: «إعطاء الشخص موافقته بمطلق حريته دون استغلال أو إكراه، بعد أن أدرك ما يُطلب منه، وأدرك أهداف البحث واحتمالات الخطر فيه وما يترتب على مشاركته من حقوق وواجبات».[1]

فيجب أن تُبيّن له ما لا يُبيَّن في العلاج: **أن هذا بحث لا علاج**، وأن غايته المعرفة، وأن المنفعة الشخصية قد تكون معدومة، واحتمال وقوعه في ذراع المقارنة، وحقه في الانسحاب في أي وقت بلا أثر على رعايته.[5] وأوجبت المادة الثانية عشرة أن يوضح الباحث «بطريقة مفهومة» جميع النتائج المحتملة، بما فيها النتائج غير الحميدة الناتجة من الرجوع عن الموافقة -فالانسحاب حق، لكن عليك أن تبيّن إن كان له أثر صحي كإيقاف دواء فجأة.[1]

والطوعية تفسدها أمور تراها كل يوم: أن يكون الباحث هو الطبيب المعالج فيصعب الرفض، وأن يُطلب التجنيد في لحظة ضعف كبُعيد تشخيص خطير، وأن تُعرض المشاركة على أنها «الفرصة الأخيرة». والعلاج: فصل من يجنّد عمن يعالج حيث أمكن، وإعطاء وقت للتفكير، والتصريح بأن الرفض لا يؤثر في الرعاية.

والتعويض عن الوقت والتنقل مشروع، ويصير إغراءً غير ملائم إذا بلغ حدًّا يدفع المشارك إلى تجاهل مخاطر ما كان ليقبلها. والمعيار: **أن يكون التعويض متناسبًا مع العبء لا مع الخطر؛ فمن عوّض عن الخطر فقد اشتراه.**[6]

العدالة: الخطأ يقع في الاتجاهين

- **الاستغلال:** أن يُحمَّل عبء البحث لمن هم أضعف -الفقراء والسجناء والأميون - لأنهم أسهل موافقةً، ثم تُجنى ثمرته لغيرهم.
- **الإقصاء:** أن تُستبعد فئات كالنساء والأطفال والمسنين، فتُحرم من أدوية مدروسة عليها وتُعالج بأدلة مستمدة من غيرها.

والمعيار الجامع: **أن يكون الاختيار مرتبطًا بالسؤال البحثي لا بسهولة الوصول**.[2، 6]

أول بحث تشارك فيه: خمسة أسئلة قبل أن تلمس شيئًا

سيقول لك المشرف: «ساعدنا في جمع الحالات». قبل أن توافق، اسأل -بأدب وبإصرار- خمسة أسئلة، واكتب الأجوبة في دفترك:

- **هل للبحث ترخيص من اللجنة المحلية؟** اطلب رقم الترخيص وتاريخه. فالمادة الحادية عشرة تنص: «لا يجوز لأي باحث مباشرة البحث على أي إنسان قبل الحصول منه أو من وليه على الموافقة بعد التبصير»، والترخيص يسبق ذلك كله.[1]
- **ما دوري بالضبط، وهل اسمي في البروتوكول؟** فمن يجمع البيانات أو يجنّد المرضى باحثٌ مشارك تلحقه المسؤولية، لا «مساعد» خارج الحساب.
- **من الباحث الرئيس، ومن يتابع سلامة المشاركين؟** فاللجنة -بنص المادة العاشرة- لا ينتهي دورها بالترخيص، بل تتابع البحث دوريًّا وتتابع الحالة الصحية لمن يُجرى عليه.
- **هل هذا بالضبط ما رُخِّص له؟** أي تغيير في العينة أو الإجراء أو الغرض يحتاج إلى العودة إلى اللجنة، لا إلى «تعديل بسيط» يقرره الفريق.
- **هل قيل لي إن الموافقة «غير مطلوبة»؟** الاستثناء من الموافقة موجود في المادة الرابعة عشرة، لكنه **بقرار اللجنة لا باجتهاد الباحث**، ومقيَّد بتعذر ربط المعلومات بمصدرها؛ ونزع الاسم وحده لا يكفي إن أمكن التعرف بالقرائن.

وفي جلسة الموافقة نفسها -إن كُلِّفت بها- لا تقرأ النموذج قراءة. قل بجملة واحدة إن هذا بحث لا علاج، واشرح ما قد يناله وما قد لا يناله، وذراع المقارنة، وحق الانسحاب وأثره الصحي. ثم اسأله أن يعيد عليك بلغته ما فهم، وأعطه وقتًا خارج زيارة العلاج.

حماية المشاركين: من يحتاج إلى حماية أشد؟

الأصل أن يُدرَس السؤال البحثي على الفئة الأقدر على الرضا وبأقل خطر. فإن اقتضى السؤال فئة أضعف، فالقاعدة في النظام:

الفئة	القاعدة	مصدرها
السجناء	يُعاملون معاملة غيرهم؛ لا فئة مستباحة	المادة الرابعة والعشرون

القاصروناقص الأهلية والمعوق	لا بحث إلا إذا اقتضته مصلحتهم هم	المادة الخامسة والعشرون
الحامل والجنين وناتج الحمل	لا استخدام إلا وفق ضوابط اللائحة	المادة السادسة والعشرون
كل مشارك	لا استغلال لظروفه ولا إكراه بأي شكل	المادة السابعة عشرة

وفي القاصر ثلاثة: **إذن النائب** هو الأساس النظامي؛ و**قبول القاصر** بقدر فهمه مطلوب؛ و**اعتراضه معتبر** يُوقف به الإجراء ما لم توجد له منفعة علاجية مباشرة راجحة -وهذا ما تقرره أخلاقيات البحث الدولية، ويوافق تقييد الولي بمصلحة القاصر في قرار المجمع 161. فطفل يرفض سحب دم بحثي لا منفعة له فيه: توقّف، ولو وقّع والده.[7] وتفصيل الأهلية المدعومة والفئات الهشة في الفصل الثامن والثلاثين.

وأمران تسألك عنهما اللجنة. الأول **النتائج العرضية** -ما يُكتشف أثناء البحث عن صحة المشارك -وتُدار بخطة معلنة قبل البدء: ما الذي يُبلَّغ، ومتى، ومن يبلِّغ، وهل يُتاح تأكيد سريري. ويُسأل المشارك مسبقًا عن رغبته في تلقيها ويُوثَّق جوابه. والثاني **البيانات**، وتُصان بضبط الوصول ومدة الحفظ؛ ونزع الاسم لا يضمن استحالة إعادة التعرف، ولا سيما في البيانات الوراثية. وتفصيل حماية البيانات في الفصل السابع.

تعارض المصالح: أفصح، وإن اشتد فتنحَّ

يُفصح عن التمويل والملكية والمكافآت والعلاقة بالجهة الراعية. ولا يكفي الإفصاح وحده في التعارض الشديد؛ بل يلزم التنحي أو رقابة مستقلة، وتفصيل ذلك في الفصل السابع عشر. وأدق صوره: **أن يرتبط دخل الباحث بعدد من يجنّدهم** -فيتحول التجنيد من دعوة إلى سعي مصلحي. فإذا عُرض عليك «مبلغ عن كل مريض تُدخله» فهذا هو التعارض بعينه.

وقبل التجربة لا بعدها يجب أن يُبيَّن: هل يستمر العلاج لمن نفعه؟ ومن يعالج ضررًا وقع بسببها؟ ومن يتحمل كلفته؟ فالسكوت عن ذلك **تغرير في محل الرضا**، والتغرير أحد مفسدات الرضا الأربعة في قرار المجمع 161 (10/17).

الأساس الشرعي

المسألة تجري على المقاصد وقواعد الأمانة والمصلحة وحرمة المخلوق. وأبرز نصوصها:

قرار الضوابط الشرعية للبحوث الطبية البيولوجية رقم 161 (10/17) -الدورة السابعة عشرة، عمّان، 28 جمادى الأولى – 2 جمادى الآخرة 1427هـ الموافق 24–28 يونيو 2006م. وقد قرر أن مشاركة كامل الأهلية لا تصح إلا بقرار مستقل صادر: «عن إرادته ورضاه، من غير إكراهٍ ولا تغريرٍ ولا خداعٍ ولا استغلال». وتأمّل: أربعة مفسدات للرضا لا واحد. وقرر أن ولي ناقص الأهلية مقيَّد بتحقيق **مصلحته المحضة**.[8]

وقرار العلاج الطبي رقم 67 (5/7) اشترط في البحث على البالغ «موافقته بصورةٍ خالية من شائبة الإكراه -كالمساجين -أو الإغراء المادي -كالمساكين»، وقرر أنه: «لا يجوز إجراء الأبحاث الطبية على عديمي الأهلية أو ناقصها ولو بموافقة الأولياء». فذكر الصورتين معًا: إكراه السلطة وإغراء الحاجة.[9] وبين إطلاق المنع في هذا القرار وبين قرار 161 ونص النظام -اللذين يجيزان البحث على ناقص الأهلية إذا اقتضته مصلحته المحضة -فرقٌ ظاهر. والأقرب عندي في الجمع أن المنع منصرف إلى البحث الذي لا مصلحة فيه للقاصر نفسه، وأن ما فيه مصلحته المحضة يجري على قرار 161 والنظام بضوابطهما.

ويضاف إليهما **قرار الجينوم البشري رقم 203 (9/21)** -الدورة الحادية والعشرون، الرياض، 1435هـ -ومنه أن الإذن **لكل غرض**، وأن السرية مؤكدة لأن البيانات الوراثية تمس أقارب لم يأذنوا.[10] **وقرار الانتفاع بأجزاء الإنسان رقم 26 (1/4)** في منع جعل أجزاء الإنسان محلًّا للمعاوضة.[11]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

المادة	ما تقرره
الثالثة	لا بحث قبل استكمال الإجراءات
العاشرة	اختصاص اللجنة المحلية والمتابعة
الحادية عشرة	لا مباشرة قبل الموافقة بعد التبصير
الخامسة عشرة	أهداف علمية وتجارب حيوانية سابقة
السادسة عشرة	المصلحة أكبر من الضرر المحتمل
السابعة عشرة	منع الاستغلال والإكراه
العشرون	العينة المستأصلة بإذن جديد
الثانية والعشرون	حظر بحوث استنساخ الإنسان
الثالثة والثلاثون	إذن مستقل لكل غرض بحثي

الرابعة والأربعون	الإنذار والتعليق والمنع والغرامة والسجن

والنظام هو **نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية** الصادر بالمرسوم الملكي رقم **(م/59) وتاريخ 1431/9/14هـ**، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (321) وتاريخ 1431/9/13هـ، ويقع في خمسة عشر فصلًا وإحدى وخمسين مادة. وقد عرّف المخلوق الحي بأنه «هو الإنسان والحيوان والنبات» -فنطاقه أوسع من البحث على الإنسان وحده.

وبنيته ثلاث طبقات: **اللجنة الوطنية للأخلاقيات الحيوية والطبية** في مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية، و**مكتب مراقبة أخلاقيات البحث** التابع لها ومقره الرياض، و**اللجنة المحلية** في كل منشأة من خمسة أعضاء على الأقل.

وستة أمور عملية تحفظها من مواده:

- **العينة المستأصلة لغرض طبي بحت لا تنتقل إلى البحث تلقائيًا** بل بإذن جديد (المادة العشرون).
- **الاستخدام المتعدد للعينة الوراثية في أغراض مختلفة يحتاج موافقة لكل غرض** (المادة الثالثة والثلاثون).
- السجناء **يُعاملون معاملة غيرهم** فلا يكونون فئة مستباحة (المادة الرابعة والعشرون).
- البحث على القاصر أو ناقص الأهلية أو المعوق لا يجوز «إلا إذا كانت مصلحة هذه الفئات تقتضي ذلك» (المادة الخامسة والعشرون).
- الاستثناء من الموافقة **بقرار اللجنة لا باجتهاد الباحث**، ومقيَّد بتعذر ربط المعلومات بمصدرها (المادة الرابعة عشرة).
- «الخطر الأدنى» عُرّف نظامًا بأنه «الضرر اليسير الذي لا يتجاوز الخطر المتوقع في النشاطات العادية للحياة».[1]

والعقوبات جادّة: رتّبت المادة الرابعة والأربعون عقوبة أو أكثر من خمس، منها غرامة لا تزيد على **مئتي ألف ريال**، والسجن مدة لا تزيد على **ستة أشهر**. ويجوز نشر منطوق القرار على نفقة المخالف في ما لا يزيد على ثلاث صحف محلية، والتظلم أمام ديوان المظالم خلال ستين يومًا.[1]

ويتقاطع مع ذلك **نظام مزاولة المهن الصحية** الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ **1426/11/4هـ**؛ إذ عدّت **المادة السابعة والعشرون** من صور الخطأ

المهني: «إجراء العمليات الجراحية التجريبية وغير المسبوقة على الإنسان بالمخالفة للقواعد المنظمة لذلك»، و«إجراء التجارب أو البحوث العلمية غير المعتمدة على المريض»، و«إعطاء دواء للمريض على سبيل الاختبار».[12]

البحث على الحيوان: ثلاثة مبادئ بمعانيها الصحيحة

الاستبدال ببديل غير حيواني كلما أمكن. **والتقليل** إلى أقل عدد يحقق نتيجة علمية موثوقة -لا أصغر عدد كيفما اتفق. **والتحسين** بتعديل الرعاية والإجراء لتقليل الألم والخوف والضيق.[13، 14] وانتبه إلى التعارض الظاهري: تقليل العدد بشدة قد يجعل الدراسة غير حاسمة فتُهدر الحيوانات، وقد تُفرض قياسات كثيرة على الحيوان نفسه بحجة التقليل فتزيد معاناته. **وصلاحية العلم جزء من الرفق.**

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
لا تصح مشاركة كامل الأهلية في البحث إلا بقرار مستقل عن إرادته ورضاه، من غير إكراه ولا تغرير ولا خداع ولا استغلال	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 161 (10/17) [8]
ولي ناقص الأهلية مقيَّد في الإذن بالبحث بتحقيق مصلحته المحضة	قرار مجمعي	القرار 161 (10/17) [8]
لا يجوز إجراء الأبحاث الطبية على عديمي الأهلية أو ناقصيها ولو بموافقة الأولياء	قرار مجمعي، وبينه وبين القرار 161 والنظام فرق ظاهر؛ والجمع بينهما اجتهاد المؤلف	القرار 67 (5/7) [9]
اشتراط خلو موافقة البالغ من شائبة الإكراه (كالمساجين) والإغراء المادي (كالمساكين)	قرار مجمعي	القرار 67 (5/7) [9]
الإذن في البحوث الجينومية لكل غرض على حدة، وتأكيد السرية لتعلق البيانات بأقارب لم يأذنوا	قرار مجمعي	القرار 203 (9/21) [10]
منع جعل أجزاء الإنسان محلًّا للمعاوضة	قرار مجمعي	القرار 26 (1/4) [11]
التعويض يتناسب مع العبء لا مع	قول راجح (مبادئ أخلاقيات	أدبيات

الخطر، واختيار المشاركين بحسب السؤال البحثي لا سهولة الوصول	البحث الدولية)	أخلاقيات البحث [6]، [2]

أين يقع الخطأ عادةً؟

- أن يُصنَّف النشاط **بالاسم** لا بالقصد والتكرار والتصميم، فيُسمّى البحث علاجًا.
- أن يُكتفى بإذن النائب أو بتوقيع نموذج عن **مراجعة مستقلة سابقة**.
- أن تُوسَّع عبارة فضفاضة في موافقة قديمة إلى **غرض جديد**.
- أن يُستعمل المخلوق الحي -إنسانًا أو حيوانًا -فيما يمكن بلوغ غايته بأقل منه.

خلاصة عملية

التصنيف قبل التبرير، والترخيص قبل التطبيق. اسأل أولًا: ما حقيقة ما أفعله - علاج أم ابتكار أم بحث؟ فإن كان بحثًا فلا تلمس مريضًا ولا سجلًّا قبل ترخيص اللجنة. وفي الموافقة: صرّح بأنه بحث، وبيّن احتمال انعدام المنفعة، وافصل التجنيد عن العلاج، وعوّض عن العبء لا عن الخطر. وفي النزاهة: سجّل الدراسة مسبقًا، ولا تغيّر المخرج الأولي بعد رؤية النتائج، وانشر السلبي كما تنشر الإيجابي.[15]

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

تُعالج هنا ثلاث حالات تغطي محاور الفصل: تصنيف النشاط، والبحث على الفئات الخاصة، وإعادة استعمال العينات، ثم يُختم الفصل بمواقف متكررة يُكتفى فيها بالجواب الحاسم مع ضابطه. وتُحلَّل كل حالة بتفكيك كل ركن إلى عناصره الثابتة، ثم يُصاغ قرار مهني معتمد، ويُبيَّن الركن المرجَّح والمخرج الشرعي، وتُختم بقرار موزون.

الحالة الأولى: جرّاح يبتكر تقنية ويريد نشرها

| السيناريو. يعدّل جرّاح تقنية معتادة تعديلًا يراه أفضل، فيطبّقه على أول مريض لضرورةٍ في حالته. ثم تعجبه النتيجة فيطبّقه على اثني عشر مريضًا متتابعين، ويجمع بياناتهم في جدول، ويعدّ ورقةً للنشر. ولم يعرض الأمر على لجنة أخلاقيات، ويقول إنه «علاجٌ لا بحث».

| الركن الطبي

توصيف الحالة: انتقالٌ من ابتكارٍ فردي إلى سلسلة منظمة؛ والفارق ليس في الفعل بل في التكرار والتصميم.

المعايير المتحققة: التكرارُ على سلسلة، وجمعُ بيانات منظمة، ونيةُ النشر -ثلاثةٌ من خمسة معايير التصنيف.

المخاطر: منحنى التعلم يجعل النتائج الأولى غير ممثِّلة؛ فقد يُنشر أثرٌ لا وجود له، أو يُخفى ضررٌ

متأخر.

المطلوب علميًا: تصميمٌ متدرج وفق إطار تقويم الابتكار الجراحي، ومقارنةٌ بالمعيار القائم [16] [3].

| الركن الأخلاقي

التصنيف قبل التبرير: السؤال ليس «هل نفع المرضى؟» بل «ما حقيقة ما فعلته؟».

الوهم العلاجي: المرضى الاثنا عشر ظنوا أنهم يتلقون علاجًا مستقرًا؛ ولم يُبصَّروا بأنه معدَّل [5].

الشفافية: كان الواجب إبلاغهم أن الإجراء جديد أو معدَّل، وأن نتائجه بعيدة المدى غير معروفة.

النزاهة: نشر النتيجة دون بيان أن التطبيق كان بلا ترخيص تضليلٌ للقارئ لا للمريض وحده.

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ النفس، وحفظ الأمانة في الوصف والتسمية.

القواعد الفقهية: «الأمور بمقاصدها» فيُميَّز البحث من العلاج بالقصد؛ و«الضرورة تُقدَّر بقدرها» فما زاد على حاجة المريض الأول خرج عن مسوّغه.

تحقيق المناط: ثبوت انتقال القصد من نفع هذا المريض إلى إنتاج معرفة؛ فعليه يُبنى الحكم.

التكييف الفقهي: التسمية بغير الحقيقة تغريرٌ؛ وقد نصّ القرار 142 (8/15) على ضمان الطبيب «إذا غرّر بالمريض» [17]. ولا يُعذر بحسن نيته؛ فالعبرة بالمآل والقصد معًا.

| الركن النظامي

الأنظمة: «لا يجوز للمنشأة السماح بإجراء البحث على المخلوق الحي إلا بعد استكمال الإجراءات» (م3) [1]؛ وتعدّ المادة 27 من نظام مزاولة المهن «إجراء التجارب أو البحوث العلمية غير المعتمدة على المريض» خطأً مهنيًا [12].

العقوبة: تصل إلى تعليق البحث ومنع الباحث والغرامة، مع إمكان نشر منطوق القرار [1].

النشر: أكثر الدوريات تشترط إفادة موافقة لجنة الأخلاقيات؛ فالورقة ستُرَدّ أو تُسحب.

التوثيق: يُوثَّق ما جرى بصدق دون إضافة رجعية توهم وجود ترخيص.

- **القرار المهني الموزون.** إيقاف التطبيق على مرضى جدد فورًا.
- عرض ما جرى على اللجنة المحلية بصدق، وطلب رأيها في وضع البيانات المجموعة.
- استخراج ترخيص لدراسةٍ مستقبلية بتصميمٍ متدرج ومعايير واضحة.
- إبلاغ المرضى الذين طُبِّق عليهم بأن الإجراء كان معدَّلًا، ومتابعتهم متابعةً منظمة.
- الامتناع عن النشر بالبيانات الحالية إلا بإذن اللجنة وبيان القيود.

- وضع سياسة مؤسسية للابتكار الجراحي تحدد متى يصير بحثًا.

الركن المرجَّح: النظامي والفقهي معًا؛ لصراحة اشتراط الترخيص ولوقوع التغرير.

المخرج الشرعي: الأمور بمقاصدها، والتسمية بغير الحقيقة تغرير، والضرورة تُقدَّر بقدرها.

القرار المهني الموزون: يُوقف التطبيق ويُعرض الأمر على اللجنة ويُبلَّغ المرضى؛ فالابتكار مرةً قد يكون علاجًا، وسلسلةً هو بحثٌ يحتاج ترخيصًا.

الحالة الثانية: بحث على أطفال بلا منفعة مباشرة

| السيناريو. يُعرض بحثٌ يتطلب سحب عيناتٍ دموية إضافية من أطفال مصابين بمرض مزمن، لدراسة واسمات حيوية. لا منفعة مباشرة لهم من المشاركة، والمعرفة المرجوة تخصّ الأطفال ولا يمكن استخلاصها من البالغين. ويقول الباحث إن موافقة الآباء تكفي.

| الركن الطبي

توصيف الحالة: بحثٌ على قاصرين بلا منفعة مباشرة، لكن المعرفة لا تُدرك من غير فئتهم.

مستوى الخطر: سحبٌ إضافي محدود؛ ويُقاس بمعيار «الخطر الأدنى» المنصوص عليه في النظام[1].

التقليل: هل يمكن الاكتفاء بفائض العينات المسحوبة للعلاج بدل سحب إضافي؟

التحسين: استعمال تخدير موضعي، وتجميع السحوبات، وتقليل عددها.

| الركن الأخلاقي

الحماية لا الإقصاء: منعُ البحث على الأطفال بالكلية يحرمهم من معرفةٍ تخصّهم؛ فالمطلوب حمايةٌ مشروطة [7].

قبول الطفل: يُطلب قبوله بقدر فهمه، ويُحترم اعتراضه ولو وافق أبواه.

الطوعية: يُتحقق أن الآباء لم يوافقوا خشية أثر الرفض على رعاية طفلهم.

التعويض: يُعوَّض عن الوقت والتنقل، ولا يُغرى الأهل بمبلغٍ يدفعهم لتجاهل العبء على الطفل.

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ النفس؛ والقاصر معصومٌ لا يملك الدفع عن نفسه فتشتد الحماية.

القواعد الفقهية: «تصرف الولي منوط بالمصلحة»؛ و«الضرر الأدنى يُحتمل لدفع الأعلى» بشرط الرضا والمصلحة الراجحة.

تحقيق المناط: هل المعرفة تُدرك من غيرهم؟ فإن أمكن سقط المسوّغ؛ وإن لم يمكن انتقلنا إلى تقدير الخطر.

التكييف الفقهي: ظاهر القرار 67 (5/7): «لا يجوز إجراء الأبحاث الطبية على عديمي الأهلية أو ناقصها ولو بموافقة الأولياء» [9]. ومورد المنع ما لا منفعة فيه لهم أو ما يُدرك بغيرهم. وقرر القرار

161 (10/17) أن ولي ناقص الأهلية مقيَّد بتحقيق «مصلحته المحضة» [8]. والأحوط عرض النازلة على أهل الفتوى عند الاشتباه.

| الركن النظامي

الأنظمة: نصّت المادة 25 على أنه «لا يجوز إجراء البحث على القاصر أو ناقص الأهلية أو المعوق، إلا إذا كانت مصلحة هذه الفئات تقتضي ذلك»، وأحالت الضوابط إلى اللائحة [1].

المعيار: «الخطر الأدنى» المعرَّف بأنه «الضرر اليسير الذي لا يتجاوز الخطر المتوقع في النشاطات العادية للحياة» [1].

الترخيص: لا يبدأ قبل موافقة اللجنة المحلية؛ وموافقة الآباء وحدها لا تكفي.

المتابعة: متابعة الحالة الصحية للمشاركين أثناء التجربة من اختصاص اللجنة (م10).

- **القرار المهني الموزون.** إحالة البروتوكول إلى اللجنة المحلية قبل أي إجراء؛ فموافقة الآباء لا تُغني.
- إثبات أن المعرفة لا تُدرك من فئة أقدر على الرضا -وهو شرط المسوّغ.
- تقليل العبء: الاكتفاء بفائض العينات العلاجية إن أمكن، وتقليل عدد السحوبات.
- طلب قبول الطفل بقدر فهمه، وإيقاف الإجراء عند اعتراضه.
- التصريح للآباء بأن الرفض لا يؤثر في رعاية طفلهم.
- ضبط التعويض ليكون عن العبء لا عن الخطر.

الركن المرجَّح: الفقهي والنظامي معًا؛ لتشدد النص في هذه الفئة.

المخرج الشرعي: تصرف الولي منوط بالمصلحة المحضة، ولا ينعقد إذنه على ما لا منفعة فيه للمولّى عليه.

القرار المهني الموزون: يُرخَّص بشرط إثبات تعذّر إدراك المعرفة من غيرهم، وحصر الخطر في الأدنى، وطلب قبول الطفل؛ فالحماية شرطٌ لا إقصاء.

الحالة الثالثة: عينات محفوظة تُستعمل لغرضٍ جيني جديد

| السيناريو. يريد باحث استعمال عينات وراثية جُمعت قبل ثلاث سنوات لدراسةٍ عن مرضٍ قلبي، في دراسةٍ جديدة عن استعداد وراثي لمرضٍ نفسي. ويقول إن المشاركين وقّعوا على «استعمال العينة في أبحاث مستقبلية»، وإن العودة إليهم متعذرة.

| الركن الطبي

توصيف الحالة: تغيّرٌ في الغرض من مرضٍ قلبي إلى استعدادٍ نفسي؛ وهما غرضان مختلفان لا امتدادٌ لغرضٍ واحد.

حساسية الغرض: الاستعداد للمرض النفسي معلومةٌ ذات أثر وصمي واجتماعي يفوق نظيرتها القلبية.

إعادة التعرف: البيانات الوراثية قد تعرّف صاحبها ولو نُزع الاسم؛ فالوعد باستحالة التعرف لا

يملكه أحد.

أثر على الأقارب: النتيجة الوراثية تمسّ أقارب لم يشاركوا ولم يأذنوا.

| الركن الأخلاقي

العبارة الفضفاضة: «أبحاث مستقبلية» جهالةٌ في الغرض؛ ولا ينعقد عليها رضًا معتبر.

تعذّر العودة: ليس مسوّغًا بذاته؛ بل سببٌ لعرض المسألة على اللجنة لتقرر.

حق ألّا يعرف: قد لا يريد المشارك معرفة استعداده لمرضٍ نفسي؛ فتُعلن خطة النتائج العرضية مسبقًا.

العائد: يُسأل: من ينتفع بالنتيجة؟ وهل ينال المجتمع الذي جُمعت منه العينات نصيبًا؟

| الركن الفقهي

الكليات المقاصدية: حفظ العرض بصون البيانات، وحفظ كرامة أجزاء البدن.

القواعد الفقهية: «الأمور بمقاصدها» فتغيّر الغرض يغيّر الحكم؛ و«الغرر يُفسد العقد» فالجهالة في الغرض غرر.

تحقيق المناط: ثبوت اختلاف الغرض عن الغرض الأصلي؛ فعليه يُبنى وجوب إذنٍ جديد.

التكييف الفقهي: قرر القرار 26 (1/4) أن الانتفاع بأجزاء الإنسان مشروطٌ بالإذن والمصلحة وانتفاء الامتهان [11]؛ وقرر القرار 203 (9/21) ضوابط التعامل مع الجينوم واشترط الإذن وصيانة السرية [10]. فوصف العينة بأنها «متبقية» لا يُنشئ إباحة.

| الركن النظامي

النص الحاكم: المادة 33: «لا يجوز الاستخدام المتعدد لعينة المادة الوراثية نفسها في مشروعات بحوث مختلفة الأغراض، دون الحصول على الموافقة بعد التبصير لكل غرض؛ إلا إذا كان الاستخدام لا يرتبط بشخصية المصدر، على أن توافق اللجنة المحلية على ذلك» [1].

الاستثناء: مقيَّدٌ بشرطين معًا: انتفاءُ الارتباط بشخصية المصدر، وموافقةُ اللجنة المحلية -لا أحدهما.

السرية: المادة 34 توجب مراعاة خصوصية وسرية معلومات من جُمعت عيناتهم [1].

التوثيق: يُوثَّق الغرض الجديد وقرار اللجنة وأساسه.

- **القرار المهني الموزون.** رفض البدء استنادًا إلى عبارة «أبحاث مستقبلية» وحدها.
- عرض المسألة على اللجنة المحلية لتقرر: إذنٌ جديد، أم استثناء بشرطيه، أم منع.
- بذل جهدٍ موثق للوصول إلى من يمكن أخذ إذنه.
- إن أُجيز الاستثناء: التحقق الفعلي من انتفاء الارتباط بشخصية المصدر لا الاكتفاء بنزع الاسم.
- وضع خطة معلنة للنتائج العرضية قبل البدء.
- مراجعة نموذج الموافقة مستقبلًا ليحدد الأغراض بدقة بدل العبارات الفضفاضة.

الركن المرجَّح: النظامي؛ لصراحة المادة 33 في اشتراط الإذن لكل غرض.

المخرج الشرعي: تغيّر الغرض يغيّر الحكم، والجهالة في الغرض غرر، والانتفاع بأجزاء الإنسان مشروط بالإذن.

القرار المهني الموزون: لا يُبدأ قبل قرار اللجنة؛ فإمّا إذنٌ جديد وإمّا استثناءٌ بشرطيه -وتعذّر العودة سببٌ للعرض لا مسوّغٌ للتجاوز.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

وهذه مواقف تتكرر في اللجان والعيادات، وحسمها معلوم بما تقدم من الأركان، فيُكتفى فيها بالجواب الحاسم مع ضابطه:

دواء وهمي مع وجود علاج فعّال. لا يُستعمل الوهمي إذا وُجد علاجٌ مثبت وكان حجبه يُعرّض المشارك لضررٍ جسيم أو لا رجعة فيه؛ فالتكافؤ السريري منتفٍ، وتشترط المادة السادسة عشرة أن تكون المصلحة المتوقعة أكبر من الضرر المحتمل. ووضوحُ النتيجة الإحصائية وانخفاضُ الكلفة اعتباران لا يُبيحان ضررًا يمكن تجنبه بتصميمٍ آخر: المقارنةِ بالمعيار القائم، أو تصميمِ عدم الدونية، أو إضافةِ الجديد إلى العلاج القياسي، مع معايير إنقاذ وخروج معلنة.

باحث يطلب تجنيد مرضاه بنفسه. يُفصل الترشيح عن التجنيد: يرشّح الطبيب المعالج ويجنّد فريقٌ مستقل، ويُفصل حافزه المالي عن عدد المجنَّدين فصلًا تامًا؛ فالمادة السابعة عشرة تمنع استغلال ظروف المشارك بأي شكل، والسلطة العلاجية شائبةُ إكراهٍ ناعم يشتد معها الوهم العلاجي. ويُصرَّح للمريض بأن الرفض لا يؤثر في علاجه، ويُعطى وقتًا خارج الزيارة العلاجية، وتُراجع اللجنة نمط التجنيد ونسب الرفض.

جهاز مرخَّص يُستعمل خارج غرضه المعتمد. تُحدَّد الحالة التنظيمية للجهاز بدقة قبل الاستعمال؛ فلا تكفي علامةٌ تجارية ولا موافقةٌ في بلدٍ آخر. والاستعمال خارج الغرض المعتمد صورةٌ من صور العملية التجريبية، تستلزم مراجعةً مستقلة، وموافقةً موسعة تذكر عدم اليقين، والتزامَ متطلبات الهيئة العامة للغذاء والدواء. وأي تحديثٍ برمجي مؤثر أثناء الدراسة يحتاج تقييمًا؛ لأنه قد يجعل ما يُدرس شيئًا آخر غير ما رُخّص له.

إعادة استخدام حيوان بحجة تقليل العدد. لا يُعاد استخدام الحيوان تلقائيًا؛ فالأثر التراكمي قد يجعل الإعادة أشدّ ضررًا من استعمال حيوانٍ جديد، ولا يُتخذ مبدأ التقليل ذريعةً لإهمال التحسين. وتوافق اللجنة عليها بعد تقدير التعافي والألم السابق والغرض الجديد. وكذلك لا يُستعمل الحيّ في تدريب مهارةٍ تُنجزها المحاكاة والنماذج والجثث؛ عملًا بأن الضرورة تُقدَّر بقدرها.

نتيجة سلبية أو حدث غير مرغوب يُراد إخفاؤه. تُنشر النتيجة السلبية كما تُنشر الإيجابية؛ فإخفاؤها يُفسد المعرفة ويضرّ مرضى لم يشاركوا، وفي بحوث الحيوان يمنع نشرُها تكرارَ دراسةٍ مؤلمة بلا فائدة. ولا يُغيَّر المخرج الأولي بعد رؤية النتائج، ويُبلَّغ الحدث الجسيم للجهات المختصة ولا يُخفى بحجة أن الابتكار يتطلب «شجاعة»؛ فالشجاعة المهنية المنضبطة تقبل المراجعة ولا تتجاوزها.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. أثناء المناوبة عرض عليك مقيمٌ جمع بيانات مرضاك لدراسة سيُنشرها، وقال إنها «مراجعة سجلات لا تحتاج لجنة». ما الصحيح؟

أ) يُشارك لأن مراجعة السجلات لا تمس المريض

ب) يُشارك بشرط نزع الأسماء فقط

ج) يُطلب ترخيص اللجنة المحلية قبل البدء، فالبحث مرخَّص لا مُبلَّغ عنه

د) يُكتفى بموافقة رئيس القسم

2. كُلِّفت في أول بحث تشارك فيه بتجنيد المرضى، وعرض عليك الباحث الرئيس مكافأة مالية عن كل مريض تُدخله في الدراسة، على أن يُذكر ذلك في تقرير التمويل. ما الصحيح؟

أ) يُرفض ربط الدخل بعدد المجنَّدين لأنه يحوّل التجنيد إلى سعي مصلحي، ولا يكفي فيه الإفصاح بل يلزم فصل الحافز عن العدد

ب) يُقبل ما دام الإفصاح عنه في تقرير التمويل كافيًا

ج) يُقبل إذا كان المبلغ صغيرًا لا يؤثر في الحكم

د) يُقبل بشرط ألا يعلم المرضى بالمكافأة

3. عُرض على مريض فقير تعويض مالي كبير للمشاركة في تجربة ذات مخاطر معتبرة. ما الضابط؟

أ) جائز لأن المال يعوض ما قد يصيبه من ضرر

ب) جائز لأن التعويض حق للمشارك مهما بلغ

ج) يكون التعويض متناسبًا مع العبء لا مع الخطر؛ فمن عوّض عن الخطر فقد اشتراه

د) يُمنع كل تعويض في البحث الطبي

4. أراد طبيب إدراج مريض بخرف متقدم في تجربة دوائية لا منفعة له فيها، بموافقة ابنه، محتجًّا بأن «موافقة الولي تكفي شرعًا». ما الصحيح في ضوء قرارات المجمع؟

أ) صحيح؛ فالولي يقوم مقام ناقص الأهلية في كل تصرف

ب) غير صحيح؛ فقرار 67 (5/7) نص على أنه لا يجوز إجراء الأبحاث على عديمي الأهلية أو ناقصيها ولو بموافقة الأولياء، وقرار 161 قيّد الولي بمصلحة المريض المحضة ولا مصلحة له هنا

ج) يجوز إذا كان الخطر أدنى، ولو انعدمت المنفعة

د) يجوز إذا تعذر وجود مشاركين بالغين بالعدد الكافي

5. أثناء بحث على صور أشعة دماغية لأغراض علمية، لاحظتَ في صورة أحد المشاركين الأصحاء علامة قد تكون ذات أهمية صحية له. ما المسار الصحيح؟

أ) يُتصل بالمشارك فورًا ويُخبَر بالتشخيص المحتمل بوصفه واجب إحسان

ب) يُتجاهل الأمر لأن البحث ليس علاجًا والمشارك ليس مريضًا

ج) يُسجَّل في بيانات البحث فقط دون أي إبلاغ حفاظًا على تصميم الدراسة

د) تُطبَّق خطة النتائج العرضية المعلنة قبل البدء: ما الذي يُبلَّغ ومن يبلِّغ وهل يُتاح تأكيد سريري، وفق تفضيل المشارك الموثق

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) أ • 3) ج • 4) ب • 5) د

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] المملكة العربية السعودية. نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1431/9/14هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (321) وتاريخ 1431/9/13هـ.

[2]The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. .1979

[3]McCulloch P, Altman DG, Campbell WB, et al. No Surgical Innovation without Evaluation: The IDEAL Recommendations. The Lancet. 2009;374(9695):1105–.1112

[4]Barkun JS, Aronson JK, Feldman LS, et al. Evaluation and Stages of Surgical Innovations. The Lancet. 2009;374(9695):1089–.1096

[5]Appelbaum PS, Roth LH, Lidz CW, et al. False Hopes and Best Data: Consent to Research and the Therapeutic Misconception. Hastings Center Report.

[6]Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What Makes Clinical Research Ethical? JAMA. 2000;283(20):2701–.2711

[7]Wendler D. The Ethics of Pediatric Research. Oxford University Press.

[8] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 161 (10/17) بشأن الضوابط الشرعية للبحوث الطبية البيولوجية، الدورة السابعة عشرة، عمّان، 28 جمادى الأولى – 2 جمادى الآخرة 1427هـ / 24–28 يونيو 2006م.

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذي القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م.

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 203 (9/21) بشأن الجينوم البشري، الدورة الحادية والعشرون، الرياض، 1435هـ.

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 26 (1/4) بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حيًّا كان أو ميتًا، الدورة الرابعة، جدة، 1408هـ / 1988م.

[12] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، ولا سيما المادة السابعة والعشرون.

[13]Russell WMS, Burch RL. The Principles of Humane Experimental Technique. London: Methuen; 1959 (مبادئ الاستبدال والتقليل والتحسين).

[14]Directive 63/2010/EU on the protection of animals used for scientific purposes; and the NC3Rs framework.

[15]World Medical Association. Declaration of Helsinki. Revised October 2024.

[16]The IDEAL Collaboration. Framework for the evaluation of surgical innovation (Idea, Development, Exploration, Assessment, Long-term study).

[17] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 142 (8/15) بشأن ضمان الطبيب، الدورة الخامسة عشرة، مسقط، 1425هـ / 2004م.

[18]Percie du Sert N, et al. The ARRIVE Guidelines 2.0: Updated Guidelines for Reporting Animal Research. PLoS Biology. 2020;18(7):e.3000410

[19]Kilkenny C, Browne WJ, Cuthill IC, Emerson M, Altman DG. Improving Bioscience Research Reporting: The ARRIVE Guidelines. PLoS Biology. 2010.

[20] البخاري ومسلم. الصحيحان (ومنهما حديث «إن الله كتب الإحسان على كل شيء» [مسلم 1955]، وحديث المرأة التي عُذّبت في هرّة [البخاري 3318، مسلم 2242]، والنهي عن اتخاذ ما فيه الروح غرضًا [مسلم 1957]).

أخلاقيات الابتكار والعلاجات التجريبية

Chapter 49 -Innovation and Experimental Therapies

الأخلاق تحكم توقيت الدخول والخروج معًا.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

سيأتيك مريض نفدت أمامه الخيارات، وسيسألك أهله: «ألا يوجد شيء آخر نجربه؟». وهنا تقف بين خطأين: أن ترفض كل جديد فتحرم مريضًا من فرصة معتبرة، أو أن تندفع إلى المجهول باسم الرحمة فتضيف إلى مرضه ضررًا لم يكن ليصيبه.

وهذا الفصل موضعه **ما يقع خارج مسار البحث المنظم**: الاستخدام خارج النشرة، والعملية غير المسبوقة، والجهاز غير المرخص، والإتاحة الاستثنائية لمريض بعينه. أما البحث المنظم الذي يمر بترخيص لجنة أخلاقيات، ببروتوكوله وموافقاته، فموضعه الفصل السابق.

القاعدة الأولى: سمِّ المسار قبل أن تتخذ القرار. فالحوكمة المطلوبة تتبع اسم المسار الصحيح، لا الاسم الذي يريحك.

خريطة المسارات الستة

• **رعاية معيارية:** دواء أو إجراء في الاستطباب المعتاد. يلزمها الإذن الطبي المعتاد والتوثيق والمراقبة.

• **استخدام خارج النشرة مدعوم:** جرعة أو استطباب تؤيده إرشادات قوية. يلزمه بيان سبب الخروج عند أهميته، والبدائل، والمراقبة، وسياسة المنشأة.

• **ابتكار سريري منضبط:** تعديل جراحي جوهري أو أول تطبيق محلي. يلزمه لجنة مؤسسية، وخبرة وإشراف، وموافقة موسعة، وسجل نتائج وحد توقف.

• **تدخل غير مثبت لمريض منفرد:** استعمال استثنائي عند نفاد البدائل. يلزمه رأي مستقل، ومسار تنظيمي، ولجنة بحسب الحال، ومتابعة وإبلاغ.

• **بحث سريري:** بروتوكول لتقييم السلامة أو الفاعلية. يلزمه لجنة أخلاقيات بحث، وموافقة الهيئة عند اللزوم، وتسجيل ورصد.

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

• **تجربة غير مشروعة:** تدخل عالي الخطر بلا دليل ولا رقابة. **لا يُجرى؛ يوقَف ويُبلَّغ عبر المسار المختص.**

والخريطة لا تمنع التداخل، بل **تمنع التحايل بالأسماء**. فإذا بدأ الطبيب «حالات منفردة» متكررة بجرعات موحدة وجمع نتائج للنشر، فقد أصبح أمام مشروع بحثي مهما سمّاه علاجًا. وإذا اضطر في طارئ إلى خطوة غير معتادة لإنقاذ حياة، فقد يكون ابتكارًا علاجيًا مشروعًا في حدود الضرورة، بشرط التوثيق والمراجعة اللاحقة **وعدم تحويل الاستثناء إلى عادة**.

الاستخدام خارج النشرة: متى يكون رعاية جيدة؟

«خارج النشرة» ليس وصمة ولا رخصة. فقد يكون هو معيار الرعاية في مجال قليل الدراسات -كالأطفال والأمراض النادرة -**لكن شيوعه لا يعوّض ضعف الدليل**.

وقد وجدت دراسة جماعية على **46,021 مريضًا و151,305 وصفات جديدة** أن معدل الأحداث الدوائية الضارة كان **19.7 لكل عشرة آلاف شهر-شخص** في الاستعمال خارج النشرة مقابل **12.5** في الاستعمال الموافق لها؛ وكانت الزيادة أوضح حين افتقد الاستخدام دليلًا علميًا قويًا، بينما لم يختلف الاستعمال خارج النشرة **المدعوم بدليل قوي** إحصائيًا عن الموافق للنشرة.[1] والدراسة رصدية ومن كندا فلا تثبت السببية ولا تُنقل أرقامها آليًا إلى السعودية، لكنها توضح أن **قوة الدليل -لا عبارة «خارج النشرة» وحدها -هي المتغير الحاسم**.

فاسأل قبل الوصف: هل الدواء مسجل أصلًا؟ وما وجه الخروج تحديدًا: الاستطباب أم الجرعة أم العمر أم الطريق؟ وهل ثمة مراجعة منهجية أو إرشاد معتبر، أم مجرد سلسلة حالات وخبرة شخصية؟ **و ابحث عن الدليل المخالف قصدًا**؛ ففي دراسة نوعية شملت **70 طبيبًا** ذكر قرابة ثلثي الواصفين خارج النشرة أنهم لم يطّلعوا من قبل على بيانات غير مؤيدة، وحين عُرضت عليهم قلّ ميلهم للوصف.[2]

فإن كان الاستعمال راسخًا ودليله قويًا وخطره مألوفًا بقي علاجًا. وإن ضعف الدليل أو كانت الجرعة غير مسبوقة أو الخطر جسيمًا أو البديل موجودًا، **لزم شرح صريح** بأنه خارج المعلومات المعتمدة، وبيان المعلوم والمجهول والبدائل، ورأي تخصصي أو لجنة دواء عند الحاجة.[3]

الابتكار الجراحي والجهاز

يتميز الابتكار الجراحي بأن **الجراح والإجراء يتطوران معًا**؛ فقد تتأثر نتيجة المريض بخطوة صغيرة أو أداة أو اختيار حالة أو تنسيق فريق. ولهذا لا يكفي استنساخ نموذج التجارب الدوائية، ولا يصح إعفاء الجراحة من التقييم. ويقترح إطار IDEAL مراحل متدرجة تنتهي بالتقييم المقارن والمتابعة الطويلة، وهو إطار تقويمي **لا نص سعودي ملزم بذاته**.[4]

وأما الجهاز فهو **منظومة لا قطعة**: برمجيات وملحقات وتعقيم وصيانة وتدريب. وفرّق بين مرخص يُستخدم وفق غرضه، ومرخص يُعدَّل محليًا، ومبتكر بإعفاء تنظيمي، وجهاز تحت تحقق سريري، **وجهاز غير مأذون لا يجوز نظامًا إدخاله للممارسة لمجرد حاجة المريض**. والمرخص المعدَّل محليًا يُعامل معاملة الابتكار: توثيق للجزء المعدَّل وسببه ومخاطره، وإبلاغ عن الحوادث، وشفافية مع المريض.

حماية المريض من الأمل المضلل

قد يظن المريض أن كل قرار في التجربة صُمم لمصلحته الشخصية، مع أن الجرعة والتوزيع والزيارات تخدم البروتوكول. ولا يكفي توقيع نموذج طويل -وتفصيل عناصر الإذن المستنير في الفصل الخامس -بل **اطلب منه أن يشرح بلغته**: ما الهدف؟ ما احتمال ألا ينتفع؟ ما البديل؟ ما الذي يحدث إذا انسحب؟ ومن يدفع علاج الضرر؟

وتجنّب عبارات «**فرصة أخيرة**» و«علاج ثوري» و«نجاح مضمون»، وافصل بين نسبة الاستجابة في دراسات أولية وبين احتمال نفع هذا الشخص. ولا يتولى صاحب المصلحة المالية وحده أخذ الموافقة.

وتضيف موافقة الابتكار إلى الإذن المعتاد أسئلة خاصة: ما الجديد بالضبط، وهل هو أول استعمال عالمي أو محلي أو لدى المشغّل؟ وما خبرة الفريق ومنحنى التعلم؟ وهل توجد مصلحة مالية أو ملكية فكرية أو تمويل من شركة؟ وما خطة الإنقاذ والتوقف والمتابعة الطويلة؟

وواجب الشفافية يمتد إلى الفشل: إخفاء أول حالتين فاشلتين ثم نشر الثالثة الناجحة تضليل للزملاء والمرضى. كما أن الاستمرار في تقنية قديمة بعد ثبوت بديل أفضل خطأ مقابل للتبني المبكر؛ **فالأخلاق تحكم توقيت الدخول والخروج معًا**.[5]

الأساس الشرعي

الأصل في التداوي المشروعية كما سيأتي في قرار المجمع، والابتكار -على قاعدة

«للوسائل أحكام المقاصد» -**وسيلة تأخذ حكم غايتها وكيفيتها**. ولا يُشترط اليقين التام فهو نادر في الطب؛ بل المعتبر -على ما قرره الفقهاء من العمل بغلبة الظن -**غلبة ظن مهنية تستند إلى بيّنة مناسبة لحجم الخطر**. والذي أختاره في التنزيل أن هذه البيّنة تتفاوت بتفاوت الخطر: فكلما ضعفت البينة ارتفع واجب الاحتياط والرأي المستقل والبدء القابل للتراجع والرصد. ومن أخصّ القواعد هنا: «**الضرورات تقدر بقدرها**» -فلا تجعل شدةُ المرض كلَّ مجهول مباحًا.

وقرر **مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار رقم 67 (5/7)** أن «الأصل في حكم التداوي أنه مشروع»، وأنه قد يكون مكروهًا إذا خيف أن يفعل الدواء مضاعفات أشد من العلة.[6] وقرر في **القرار رقم 161 (10/17)** أن «احترام الأشخاص وتكريم الإنسان أصل ثابت مقرر في الشريعة الإسلامية»، وأن رضا المتطوع يكون «دون شائبة إكراه أو خديعة أو استغلال»، وأن «حق الآدمي لا يجوز لغيره التصرف فيه بغير إذنه».[7]

وفي العلاج الجيني: صدر **القرار رقم 203 (9/21)** في الدورة الحادية والعشرين بالرياض، 15–19 محرم 1435هـ الموافق 18–22 نوفمبر 2013م، فأجاز العلاج الجيني **للخلايا الجسدية** إذا لم يترتب ضرر أكبر، وغلب تحقيق الشفاء أو تخفيف الألم، ولم يوجد بديل، وقام به أهل الاختصاص والثقة؛ ومنع استعماله لتحسين الصفات وتجميلها، ومنع علاج الخلايا الجنسية بصورته المعاصرة.[8] ثم صدر **القرار رقم 235 (6/24)** في الدورة الرابعة والعشرين بدبي، 7–9 ربيع الأول 1441هـ الموافق 4–6 نوفمبر 2019م، فأكد سابقه وأجاز تقنيات التحرير الجيني مثل «كريسبر» بشروط: إقرار الجهات المختصة بالأمان والفاعلية، وأن يكون الغرض الوقاية أو العلاج لا التحسين والتجميل، ووضع أنظمة صارمة تصون كرامة الإنسان.[9]

وفي الحيوان: «إن الله كتب الإحسان على كل شيء»؛ والراجح عند المعاصرين جواز البحث عليه لمصلحة طبية معتبرة إذا لم يوجد بديل كافٍ، وكان متناسبًا، وأجازه أهل الخبرة واللجنة، وخُفّف الألم، وأُوقف عند بلوغ حد المعاناة، **ولم يكن لمجرد الفضول أو التكرار أو الدعاية**.[10]

النصوص التي تحكم عملك في المملكة: الموافقات طبقات لا بدائل

النظام أو الوثيقة	ما يهمك فيه
أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية	لجنة مسجلة وموافقة ومتابعة

إرشادات التجارب السريرية الدوائية	موافقة الهيئة قبل البدء
المنشآت والمستحضرات الصيدلانية	حظر التداول قبل التسجيل
الأجهزة والمستلزمات الطبية	حظر التداول قبل إذن التسويق
مزاولة المهن الصحية	العناية والإذن والمسؤولية
حماية البيانات الشخصية	الغرض والحد الأدنى والحفظ

فنظام أخلاقيات البحث صدر بالمرسوم الملكي رقم **(م/59) وتاريخ 14/ 1431/9هـ**[11] وتقرر **الإرشادات السعودية لإجراء التجارب السريرية على الأدوية، الإصدار 3.0 – يناير 2025م**، أن تسجيل الدراسة في السجل السعودي **لا يعني الموافقة عليها**. وتستلزم المراحل الأولى إلى الثالثة موافقة الهيئة قبل البدء؛ وكذلك الدراسات المبكرة لدواء مسجل إذا شملت استطبابًا جديدًا أو استعمالًا خارج النشرة أو تغيير نظام الجرعة أو طريقها أو الشكل الصيدلاني.[12] ونظام المنشآت والمستحضرات الصيدلانية والعشبية صدر بالمرسوم الملكي رقم **(م/108) وتاريخ 1441/8/22هـ**، وتحظر **المادة (17)** تداول المستحضر قبل تسجيله.[13] ونظام الأجهزة والمستلزمات الطبية صدر بالمرسوم الملكي رقم **(م/54) وتاريخ 1442/7/6هـ** وتمنع **المادة (7)** إجراء التحقق السريري دون موافقة الهيئة، وتحظر **المادة (8)** تداول الجهاز قبل تسجيله والحصول على إذن التسويق. وتجيز **المادة (9)** إعفاء الجهاز المبتكر من بعض شروط الإذن ما لم تتأثر السلامة.[14]

واحفظ هذا: لا تكفي موافقة المريض ولا لجنة المستشفى لتجربة جهاز غير مأذون، ولا تكفي موافقة الهيئة وحدها لإثبات كفاءة المشغّل أو اكتمال الإذن الطبي؛ **فكل موافقة تعالج نوعًا مختلفًا من الخطر**.

وأما دوليًا فتقرر **الفقرة (37) من إعلان هلسنكي** بصيغته المعتمدة في أكتوبر 2024م ضوابط استعمال تدخل غير مثبت حين تكون الخيارات المعتمدة غير كافية ولا يمكن دخول تجربة. فيلزم طلب رأي خبير، وموازنة الخطر والمنفعة، وإذن المريض، وتسجيل البيانات ومشاركتها لاحقًا، **وألا يُستعمل هذا المسار للتحايل على حمايات البحث**. وهذه المعايير تفسّر جودة الممارسة ولا تلغي الموافقات السعودية.[15]

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره

الأصل في التداوي المشروعية، ويكون مكروهًا إذا خيف أن يُحدث الدواء مضاعفات أشد من العلة	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 67 (5/7) [6]
احترام الإنسان أصل ثابت؛ ورضا المتطوع بلا إكراه أو خديعة أو استغلال؛ وحق الآدمي لا يُتصرف فيه بغير إذنه	قرار مجمعي	القرار 161 (10/17) [7]
جواز العلاج الجيني للخلايا الجسدية بشروطه، ومنع التحسين والتجميل، ومنع علاج الخلايا الجنسية بصورته المعاصرة	قرار مجمعي	القرار 203 (9/21) [8]
جواز تقنيات التحرير الجيني (كريسبر) بشرط إقرار الأمان والفاعلية وقصر الغرض على الوقاية والعلاج	قرار مجمعي	القرار 235 (6/24) [9]
الضرورات تقدر بقدرها؛ فلا تبيح شدة المرض كل مجهول	قول راجح (قاعدة فقهية كلية متفق عليها)	القواعد الفقهية الكلية
الابتكار وسيلة تأخذ حكم غايتها، والمعتبر غلبة ظن مهنية تتفاوت بيّنتها بحجم الخطر	اجتهاد المؤلف	تنزيل قاعدة «للوسائل أحكام المقاصد» واعتبار غلبة الظن
جواز البحث على الحيوان لمصلحة طبية معتبرة بلا بديل، مع تخفيف الألم والتوقف عند حد المعاناة	قول راجح	الراجح عند المعاصرين، بناءً على حديث «إن الله كتب الإحسان على كل شيء» [10]

خلاصة عملية

القرار المهني الموزون ليس متوسطًا حسابيًا بين الأركان؛ بل تحديد للمسار الصحيح، ثم اختبار مشروعية الغاية والوسيلة، وتناسب الخطر، وكفاية الموافقة والرقابة، وقدرة المؤسسة على الإنقاذ والمتابعة. وعند تدخل غير قابل للعكس ارفع عتبة الدليل؛ فالخطأ لا يُصحَّح بمجرد إيقاف الدواء. واسأل قبل التنفيذ: ما أسوأ سيناريو معقول؟ وهل نستطيع اكتشافه مبكرًا؟ وما العلاج الإنقاذي؟ ومن سيكون متاحًا ليلًا؟

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

الحالة الأولى: جرعة خارج النشرة ضعيفة الدليل لمريض يائس

| **السيناريو**. مريض سرطان متقدم يطلب جرعة عالية خارج النشرة بعد منشور حالة واحدة، بينما يوجد علاج تلطيفي مثبت، ويقول: «ليس لدي ما أخسره».

| **الركن الطبي**. الحالة الواحدة لا تحدد الجرعة أو السلامة، والجرعة العالية قد تزيد السمية دون منفعة. يلزم رأي أورام وصيدلة وبحث الدليل السلبي، وتحديد هدف المريض والبديل.

| **الركن الأخلاقي**. اليأس لا يلغي الضرر؛ وقد يكون للمريض الكثير ليخسره من الوقت والراحة والمال. يجب فصل التلطيف عن التخلي، ومنع الوعد المضلل وتعارض المصالح.

| **الركن الفقهي**. قرار 67 يزن المضاعفة الأشد، والضرورة تقدر بقدرها، ولا يُنتقل من علاج ثابت للراحة إلى ضرر راجح بأمل واهٍ [6].

| **الركن النظامي**. لا يحول طلب المريض التدخل إلى مشروع. وإذا كان المنتج أو الجرعة ضمن دراسة مبكرة لزم مسار الهيئة واللجنة [11، 12].

القرار المهني الموزون. لا تعطى الجرعة خارج مسار بحثي أو استثنائي معتمد. يقدم علاج تلطيفي نشط، ويبحث إن كان مؤهلًا لتجربة نظامية. يوثق الرفض وسببه دون كسر علاقة الرعاية.

الحالة الثانية: جهاز مرخص يُستعمل خارج استطبابه المعتمد بطلب من الشركة

| **السيناريو**. يعرض ممثل شركة أجهزة على جراح أوعية استعمال دعامة مرخصة في المملكة لاستطباب شرياني محدد في موضع آخر لم يشمله إذن التسويق، ويقول إن «مراكز في الخارج تفعل ذلك». ويعرض تغطية تكلفة الأجهزة لأول عشر حالات وتمويل مؤتمر، ويقترح جمع النتائج لنشرها. والمريض الأول مسنّ له بديل جراحي معياري أثقل.

| **الركن الطبي**. الجهاز منظومة لا قطعة؛ وتغيير الموضع يغيّر القوى الميكانيكية والملاءمة والمضاعفات، فبيانات الأمان للاستطباب المعتمد لا تُنقل تلقائيًا. ويُسمّى المسار أولًا: ليس هذا رعاية معيارية ولا استخدامًا خارج النشرة مدعومًا بدليل قوي، بل ابتكار سريري منضبط إن وُجد دليل خارجي معتبر، أو بحث سريري إن كانت النية جمع نتائج للنشر. ويُبحث عن الدليل المخالف قصدًا.

| **الركن الأخلاقي**. تعارض المصالح ظاهر: تغطية التكلفة والمؤتمر مصلحة مالية يجب الإفصاح عنها للمريض واللجنة، ولا يتولى صاحب المصلحة وحده أخذ الموافقة. وموافقة الابتكار تضيف: ما الجديد بالضبط؟ وهل هو أول استعمال لدى المشغّل؟ وما خطة الإنقاذ والتوقف والمتابعة؟ ووجود بديل معياري يرفع عتبة التبرير.

| **الركن الفقهي**. الأصل في التداوي المشروعية، ويكون مكروهًا إذا خيف أن يُحدث مضاعفات

أشد من العلة بنص القرار 67 (5/7) [6]، ورضا المريض يكون دون خديعة أو استغلال بنص القرار 161 (10/17) [7]. والابتكار وسيلة تأخذ حكم غايتها وكيفيتها، والمعتبر غلبة ظن مهنية تناسب بيّنتها حجم الخطر. والذي أختاره في التنزيل أن ضعف البيّنة مع وجود بديل يرفع واجب الاحتياط والرأي المستقل؛ و«الضرورات تقدر بقدرها»، فلا يُجعل عرض الشركة ضرورة.

| **الركن النظامي.** نظام الأجهزة والمستلزمات الطبية يحظر في المادة (8) تداول الجهاز قبل تسجيله وإذن التسويق، ويمنع في المادة (7) التحقق السريري دون موافقة الهيئة، ويجيز في المادة (9) إعفاء الجهاز المبتكر بشروط [14]. والاستطباب الجديد لجهاز مرخص يُعامل معاملة الابتكار: توثيق ومتابعة وإبلاغ وشفافية. وإن كان القصد جمع نتائج للنشر لزم نظام أخلاقيات البحث ولجنته المسجلة [11]، والفقرة (37) من إعلان هلسنكي تمنع التحايل بالمسار الاستثنائي على حمايات البحث [15].

القرار المهني الموزون. لا يُزرع الجهاز للمريض الأول في الموضع الجديد بناءً على عرض الشركة. ويُعرض المشروع على لجنة الابتكار أو البحث في المنشأة لتقرر مساره: بروتوكول بحثي بموافقة اللجنة المسجلة والهيئة إن كانت النية جمع نتائج، أو ابتكار منضبط بشروطه إن وُجد دليل خارجي كافٍ. ويُفصح عن الدعم المالي ويُفصل عن اختيار المرضى وأخذ الموافقة. ويُعالج المريض الأول بالبديل المعياري إن ناسبه. واستُبعد التنفيذ بموافقة المريض وحدها لأن كل موافقة تعالج نوعًا مختلفًا من الخطر، واستُبعد الرفض المطلق لأن الابتكار مسار مشروع إذا سُلك بابه. ويُراجع القرار بعد النتائج الأولى، ويُوقف عند حد التوقف المقرر أو إنذار سلامة.

مواقف متكررة وجوابها المختصر

مواقف تتكرر في الابتكار السريري، وجوابها ثابت بضابطه، ولا تحتاج إلى تحليل مطوّل بالأركان:

دواء مسجل يوصف خارج نشرته بدليل قوي. لا يسمى تجربةً ولا يحال إلى لجنة بحث لمجرد الخروج عن النشرة؛ يوصف مع توثيق الاستطباب والدليل والجرعة وخطة المراقبة، ويشرح للمريض أو وليه سبب الاختيار والبديل بقدر ما يؤثر في قراره. وإن حُوّل إلى دراسة لاستطباب جديد لزمت موافقات البحث والهيئة. الضابط: الفاصل قوة الدليل لا عبارة «خارج النشرة» [12].

سلسلة وصفات موحدة بقصد النشر. هذا بحث على بشر مهما سُمّي علاجًا اعتياديًا؛ يوقف البدء حتى يعتمد البروتوكول وتصدر موافقة اللجنة المسجلة والهيئة عند اللزوم، ويفصل التجنيد عن الرعاية، ويشرح هدف المعرفة وحق الانسحاب. ولا تستخدم بيانات علاجية بأثر رجعي للتحايل على تصميم مخطط. الضابط: النية العلاجية لا تعفي من رقابة البحث [11].

أول تطبيق للإجراء في المنشأة مع دليل خارجي. الجدة هنا محلية ولدى المشغّل، والخطر في منحنى التعلم والجاهزية. لا يُجرى منفردًا: يعتمد مؤسسيًا بعد تدريب ومحاكاة وموجه خبير ومعيار

لاختيار أولى الحالات وخطة تحويل، ويعرض على المريض خيار الإحالة إلى مركز أكثر خبرة، وتسجل النتائج المتتابعة وتراجع بعد الحالات الأولى. الضابط: خبرة الفريق معلومة تؤثر في اختيار المريض، فلا تخفى.

أداة تُطبع أو تُعدَّل داخل غرفة العمليات. يؤجل الاستعمال غير العاجل حتى يكتمل المسار الهندسي والتنظيمي والمؤسسي: المادة والتعقيم والدقة والتوافق والتتبع. وفي ضرورة حقيقية لا بديل لها يطلب قرار عاجل موثق من الجهات المختصة، ويوثق الجزء والسبب والمخاطر ويبلَّغ عن الحدث. الضابط: الجهاز المعدَّل لا يبقى حكمه كما كان، ولا يقرر الجراح وحده الإعفاء [14].

إنذار سلامة بعد زرع جهاز مبتكر. لا يؤجَّل الإبلاغ انتظارًا لليقين؛ يبلَّغ الحدث للهيئة والمنشأة، ويحصر المرضى ويتصل بكل واحد بخطة تقييم ومراقبة أو استبدال، ويوقف الزرع الجديد حتى إغلاق الإنذار، ويعلن التعارض إن كان الجراح مبتكر الجهاز. الضابط: الخوف من إقلاق المريض لا يبرر حجب معلومة تؤثر في سلامته [14].

مراهق واعٍ يرفض تجربةً ووالداه يوافقان. يوقف الضغط، ويعاد الحوار بمختص مستقل ودعم نفسي عند الحاجة، ويصحح الألم والخوف من تجربة سابقة. فإن بقي اعتراض المراهق المستوعب وكان النفع غير مؤكد فلا يجنَّد قسرًا، ويستمر العلاج الداعم ويعاد التقييم إن تغيرت المعطيات. الضابط: إذن الولي مقيد بمصلحة القاصر، ولا يلغي اعتراض من يعي [7].

تحرير جيني موروث أو تحسين غير علاجي. يرفض المشروع السريري؛ فالمخاطر موروثة، والتأثيرات خارج الهدف غير مضبوطة، ولا مرض يعالج، ولا تستطيع الذرية الإذن. ولا تنشئ موافقة الوالدين ولا القدرة التقنية ترخيصًا لفعل ممنوع، ويمكن توجيه البحث الأساسي المسموح إلى فهم المرض ضمن الضوابط. الضابط: القراران 203 و235 يقصران التقنية على الوقاية والعلاج بأمان ورقابة [8، 9].

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. يرفض زميل وصف دواء لطفل لأنه «خارج النشرة» رغم أن إرشادات قوية تؤيده، بينما يصف زميل آخر دواءً خارج النشرة لا يؤيده إلا سلسلة حالات. في ضوء الدراسة الجماعية المذكورة في الفصل، ما التعليق الصحيح؟

أ) الأول محق؛ فكل استعمال خارج النشرة يزيد الأحداث الدوائية الضارة

ب) الثاني محق؛ فشيوع الاستعمال في الممارسة يعوّض ضعف الدليل

ج) المتغير الحاسم قوة الدليل: المدعوم بدليل قوي لم يختلف عن الموافق للنشرة، وغير المدعوم هو ما ارتفعت فيه الأحداث الضارة

د) الدراسة كندية رصدية، فلا يُستفاد منها شيء في القرار

2. قبل إدخال تعديل جراحي غير مثبت، وضع جراح خطة موحدة لتطبيقه على اثني عشر

مريضًا، بمعايير إدراج ونقاط نهاية وتحليل لاختبار فرضية قابلة للتعميم، وبدأ التنفيذ دون مراجعة بحثية قائلًا إن موافقة الجراحة ورغبته في النشر تكفيان. ما القرار الأنسب؟

أ) استمرار الخطة بوصفها ابتكارًا فرديًا، لأن كل مريض وقّع موافقة جراحية معتادة

ب) الحصول على موافقات المرضى بأثر رجعي واعتبارها بديلًا عن المراجعة السابقة للمشروع

ج) تعليق إدراج حالات جديدة ضمن الخطة وإحالتها إلى الجهة البحثية المختصة، مع حماية رعاية من عولجوا

د) السماح بالاستمرار بشرط حذف نية النشر، لأن النشر وحده هو ما يجعل النشاط بحثًا

3. مريض نفدت خياراته المعتمدة ولا تجربة سريرية متاحة له، فاقترح الطبيب تدخلًا غير مثبت لمريض منفرد. ما الذي يلزمه بحسب الفقرة (37) من إعلان هلسنكي مع مراعاة الأنظمة السعودية؟

أ) يكفي إذن المريض، لأن الخيارات نفدت والإعلان يجيز ذلك بلا قيد

ب) يلزم رأي خبير وموازنة الخطر والمنفعة وإذن المريض وتسجيل البيانات ومشاركتها، وألا يكون المسار تحايلًا على حمايات البحث، مع استيفاء الموافقات السعودية اللازمة

ج) يُمنع منعًا مطلقًا خارج التجارب المسجلة

د) يكفي إذن المنشأة دون المريض، لأن الإعلان يغني عن الأنظمة المحلية

مفتاح الإجابات

1) ج • 2) ج • 3) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] Eguale T, et al. Association of Off-label Drug Use and Adverse Drug Events in an Adult Population. JAMA Intern Med. 2016;176(1):55–63. PubMed

[2] Sullivan HW, et al. Influence of data disclosures on physician decisions about off-label uses: findings from a qualitative study. 2022. PubMed

[3] Bell JS, Richards GC. Off-label medicine use: ethics, practice and future directions. J Pharm Pract Res. 2021. الرابط

[4] McCulloch P, et al. IDEAL framework for surgical innovation: idea and development stages. BMJ. 2013;346:f3012. الرابط

[5] Oxford Academic/BJS. Ethical challenges of early and late adoption of surgical innovation. 2021. الرابط

[6] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، جدة، 9–14 مايو 1992م.

المصدر الرسمي

[7] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 161 (10/17) بشأن الضوابط الشرعية للبحوث الطبية والبيولوجية على الإنسان، عمّان، 24–28 يونيو 2006م. المصدر الرسمي

[8] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 203 (9/21) بشأن الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري، الرياض، 18–22 نوفمبر 2013م. المصدر الرسمي

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 235 (6/24) بشأن الجينوم البشري والهندسة الحيوية المستقبلية، دبي، 4–6 نوفمبر 2019م. المصدر الرسمي

[10] صحيح مسلم، كتاب الصيد والذبائح، حديث رقم 1955: «إن الله كتب الإحسان على كل شيء». الرابط

[11] المملكة العربية السعودية. نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، المرسوم الملكي م/59 وتاريخ 1431/9/14هـ. المصدر الرسمي

[12] Saudi Food and Drug Authority. Guidance for Conducting Clinical Trials for Drugs, Version 3.0, January 2025. الرابط

[13] المملكة العربية السعودية. نظام المنشآت والمستحضرات الصيدلانية والعشبية، المرسوم الملكي م/108 وتاريخ 1441/8/22هـ. المصدر الرسمي

[14] المملكة العربية السعودية. نظام الأجهزة والمستلزمات الطبية، المرسوم الملكي م/54 وتاريخ 1442/7/6هـ، النص النافذ وتعديلاته. المصدر الرسمي

[15] World Medical Association. Declaration of Helsinki, 2024revision, paragraph 37. المصدر الرسمي

[16] المملكة العربية السعودية. نظام مزاولة المهن الصحية، المرسوم الملكي م/59 وتاريخ 1426/11/4هـ. المصدر الرسمي

[17] وزارة الصحة السعودية. دليل الإذن الطبي. 9 ديسمبر 2019م. المصدر الرسمي

أخلاقيات الصحة الرقمية والذكاء الاصطناعي

Chapter 50 -Digital Health and Artificial Intelligence

إذا غاب أحدها فلا تُعالَج الفجوة بتوقيع المريض ولا بحسن نية الطبيب.

مستوى القراءة: بحسب التخصص | ملخص ميسر • حالات تطبيقية محللة • ثلاثة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يهمك هذا الفصل في عملك؟

ستعمل في مستشفى فيه سجل إلكتروني، وتنبيهات آلية، وزيارات مرئية، وربما نموذج يتنبأ بالإنتان أو يكتب لك مسودة ملخص الخروج. وهذه ليست «أدوات المستقبل»؛ هي بيئة عملك اليوم. والمهارة المطلوبة ليست إتقان التقنية، بل **معرفة متى تثق بها ومتى تتوقف**.

وأخطر ما في هذا الباب أن التقنية **تعيد توزيع القوة** بلا ضجيج: فمن يصمم الواجهة يوجّه انتباه الطبيب، ومن يضع العتبة يقرر من يُفحص ومن يُترك.

قاعدة أولى: ليست كل أداة رقمية في درجة خطر واحدة

الحوكمة تتبع درجة الخطر لا اسم الأداة:

• **إداري منخفض الخطر** كجدولة موعد: خطره خطأ الهوية، وحوكمته التحقق والصلاحيات وسجل التدقيق.

• **توثيقي** كتحويل الحديث إلى مسودة ملاحظة: خطره إسقاط معلومة أو إضافتها، أو التسجيل دون علم.

• **تنبؤ عالي الخطر** كتوقع الإنتان أو التدهور: خطره فوات حالة أو تحيز فئوي، وحوكمته **تحقق سريري محلي ومراقبة مستمرة ومسار تجاوز**.

• **قرار علاجي مباشر** أو **قرار تخصيص واستحقاق**: يلزمه إشراف بشري مؤهل وآلية إيقاف، وتفسير واعتراض ومراجعة بشرية مستقلة.[1]

قاعدة ثانية: أسئلة الصلاحية قبل سؤال الأخلاق

يمر أي ادعاء طبي رقمي بثلاث طبقات: **التحقق التقني** (هل تقيس الأداة بدقة قابلة للتكرار؟)، ثم **التحقق السريري** (هل يرتبط المخرج بالحالة في السكان والبيئة المقصودين؟)، ثم **المنفعة السريرية** (هل يؤدي استعمالها فعلًا إلى قرار أو نتيجة أفضل

من الرعاية المعتادة؟).

فرقم الدقة وحده لا يكفي. قد تكون دقة النموذج عالية في ملف بيانات ولا تتحسن رعاية المريض إذا جاء التنبيه متأخرًا، أو أرهقت الفريقَ التنبيهات، أو تغيّر السكان. ولذلك تلزم المعايرة والقيم التنبؤية والأثر السريري مع **تحليل المجموعات الفرعية**.

وشاهد يوضح ذلك: أظهرت دراسة Zech وزملائه على صور الصدر أن نماذج الالتهاب الرئوي استطاعت التعرف على **المؤسسة** التي جاءت منها الصورة بدقة تقارب 100% -أي إن النموذج قد يتعلم «اختصارًا» خاصًا بالمستشفى بدل المرض.[2] وأظهرت دراسة Wong وزملائه على نموذج إنذار الإنتان التجاري أداءً أقل من المتوقع في تحقق خارجي.[3]

التحيز: ليس عيبًا تقنيًا واحدًا

درس Obermeyer وزملاؤه خوارزمية لإدارة صحة السكان استخدمت **التكلفة الصحية وكيلًا للحاجة**. وعند الدرجة نفسها كان المرضى السود أشد مرضًا، لأن الإنفاق الأقل لم يكن يعني حاجة أقل. وأظهر تحليل الباحثين أن اعتماد الحاجة الصحية بدلًا من التكلفة يرفع نسبة المرضى السود المؤهلين للمساعدة الإضافية من 17.7% إلى 46.5%»..[4]

والدرس لك: **اختيار المتغير الهدف قرار قيمي**. فإذا استُخدمت كلفة الرعاية أو انتظام المواعيد أو تاريخ المطالبات وكيلًا للصحة، فقد تعاقب الخوارزمية من قلّ وصوله سابقًا. ولا تقل «الخوارزمية محايدة لأنها لا ترى الاسم»؛ فقد تستخدم متغيرات وكيلة أو تتعلم قرارات تاريخية متحيزة.

السجل الإلكتروني والنموذج التوليدي

السجل ذاكرة نافعة **قد تضخّم الخطأ**: فالنسخ واللصق يبقي تشخيصًا قديمًا، والقائمة غير المصالَحة تُظهر دواءً أُوقف، والتعبئة التلقائية تضيف فحصًا لم يُجرَ، والقالب يدفعك إلى تسجيل «طبيعي» بلا فحص. **ولا يكفي أن تقول: النظام سمح.** فالتوثيق شهادة مهنية.

وأما النماذج اللغوية فقد «تهلوس» مرجعًا أو حقيقة، وتخلط بين مرضى، وتقدم **ثقة لغوية لا تساوي صحة**. فلا تُدخل في نموذج عام اسم المريض أو رقمه أو نص تقريره ما لم تكن الأداة مؤسسية معتمدة ومحمية ومتعاقدًا عليها لهذا الغرض. **وكل مخرج**

توليدي مسودة غير موثوقة حتى يراجعه مهني مؤهل.[5] ولا يكفي «وجود إنسان في الحلقة» إذا كان يضغط الموافقة آليًا؛ بل يجب أن يملك الوقت والكفاءة والمعلومة **والسلطة لرفض المخرج.**

انتبه إلى الانجراف: قد ينجح النموذج عند الإطلاق ثم يتغير السكان أو الأجهزة أو ممارسة الأطباء. فكل نظام متعلم يحتاج مراقبة بعد الإطلاق، وخطة تراجع وإيقاف، وسجل إصدار وتغيير.[1]

الطب الاتصالي: اختيار وسيلة لا استبدال الحضور

أظهرت مراجعة شملت **127 تجربة عشوائية** أن تدخلات الرعاية عن بُعد خفضت بعض استعمالات المستشفى وأيامه في سياقات مختارة، مع اختلاف كبير بين البرامج.[6] وفي المملكة أظهرت بيانات وطنية منشورة عام 2025 عن الفترة من يناير 2022 إلى يونيو 2023 رضا **94.9%** عن مركز **937** و**77.7%** عن الاستشارات الفورية عبر «صحتي».[7] **والرضا مهم لكنه لا يثبت وحده دقة التشخيص أو الإنصاف.**

والحد الأدنى للزيارة الآمنة عن بُعد: هوية المريض والمهني ومكان كل منهما؛ وموافقة مبصرة مسجلة؛ وسؤال سريري محدد مع بيان **ما تعذر فحصه**؛ وخطة للطوارئ وللانقطاع التقني مع **عتبة واضحة للتحويل الحضوري**؛ وتوثيق الوسيلة والوقت والحوادث التقنية.[8]

وفي ألم الصدر، أو سكتة محتملة، أو ضيق نفس شديد، أو خطر انتحار، أو طفل خامل -لا يجوز أن تتحول الشاشة إلى سبب لتأخير الاستجابة الطارئة.

قواعد جيب للطالب: الصور والتواصل الاجتماعي، والطب عن بُعد، والذكاء الاصطناعي

الصور والحالات والتواصل الاجتماعي:

- صور المرضى وتسجيلاتهم تحتاج **إذنًا صريحًا**؛ وسهولة التصوير بالهاتف لا تبرره، والتسجيل الخفي للزيارة ممنوع.
- **القناة المؤسسية هي الأصل:** لا ترسل صورة مريض أو قائمة مرضى إلى تطبيق مراسلة شخصي، ولا تحفظها على جهاز شخصي أو سحابة غير مصرح بها -ولو «للتعليم» أو «لاستشارة زميل».
- «منزوع الاسم» لا يعني مجهولًا: الجمع بين العمر والموقع والتاريخ والحالة النادرة

يعيد التعرف؛ فالحالة الغريبة التي تريد نشرها هي أسهل الحالات كشفًا.

• فتح ملف لا تعالجه بدافع الفضول **تصفحٌ يُسجَّل ويُعاقب**، وقد يجتمع في الواقعة إخلال مهني وجريمة معلوماتية؛ فنظام مكافحة الجرائم المعلوماتية يجرّم الدخول غير المشروع والمساس بالحياة الخاصة وتسريب البيانات.[9]

الطب عن بُعد -ثلاث فئات:

الفئة	أمثلة
مناسبة غالبًا	متابعة مستقرة، مراجعة نتائج، تثقيف، متابعة جرح بصور جيدة مع بروتوكول
مناسبة بشروط	تشخيص أولي يحتاج فحصًا محدودًا، طفل مع ولي، دواء خاضع للضبط، ضعف سمع أو لغة
غير مناسبة أو تحتاج تحويلًا عاجلًا	أعراض طارئة، فحص جسدي حاسم، عنف منزلي مع مراقب، خطر انتحار لا يمكن تأمينه، رفض المريض للوسيلة

ولا تفترض أن الغرفة الخاصة متاحة: اسأل المريض إن كان يستطيع التحدث بأمان، واستعمل أسئلة نعم/لا أو موعدًا بديلًا إذا كان هناك شخص مسيطر.

الذكاء الاصطناعي التوليدي في عيادتك: الاستخدام المقبول عادةً مسودة منخفضة الخطر داخل بيئة معتمدة -تبسيط تعليمات بعد أن تثبت محتواها، أو تنظيم نقاط، أو تلخيص مع مقارنة بالأصل. أما توليد تشخيص أو وصفة أو إذن طبي أو شهادة أو رد مستقل على مريض فيحتاج تقييدًا شديدًا. وطبّق **قاعدة المراجعة الثلاثية** على كل مخرج: **الحقائق** (الاسم والعمر والدواء والجرعة والحساسية والنتائج)، ثم **الاستدلال** (هل التوصية منطقية ومسنودة؟ وما البديل والخطر؟)، ثم **اللغة والأثر** (هل الوصف غير وصمي؟ وهل أُخفي عدم اليقين؟ وهل يفهمه المريض؟). ويُمنع نسخ مخرج يتضمن مرجعًا لم يُتحقق منه، ويبقى اسم المهني المعتمد على كل ما يخرج.

الأساس الشرعي

الأصل في الوسائل والعادات الإباحة ما لم تتضمن محرمًا أو تؤدِّ إلى ضرر راجح. فلا تُحكَّم التقنية لمجرد حداثتها، ولا تُبرَّر لمجرد نفعها؛ بل يُنظر في المقصد والوظيفة والبيانات وطريقة العمل ودرجة اليقين والمآل.

والمعلومة الصحية **أمانة**: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَى أَهْلِهَا﴾ [النساء:

58]، ﴿وَلَا تَجَسَّسُوا﴾ [الحجرات: 12]، و«المستشار مؤتمن».[10] وصدر **قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 79 (10/8)** بتاريخ 27 يونيو 1993م بشأن السر في المهن الطبية، ومن نصه: «يتأكد واجب حفظ السر على من يعمل في المهن» التي يخل الإفشاء بأصلها.[11] والذي أختاره في تنزيله الرقمي أنه يوجب ضبط الصلاحيات، ويمنع فتح الملف للفضول، ويقيّد مشاركة البيانات مع المورد. وتفصيل السر الطبي والخصوصية في الفصل السابع.

وأما الإذن الإلكتروني فيسنده **القرار رقم 52 (3/6)** بتاريخ 20 مارس 1990م في إجراء العقود بآلات الاتصال الحديثة؛ إذ عدّ التعاقد بالهاتف «تعاقدًا بين حاضرين»، وجعل ما يقع عبر الكتابة والشاشات منعقدًا بوصول الإيجاب وقبوله.[12] والأقرب - تخريجًا على هذا القرار -أن الإذن الطبي الإلكتروني يصح إذا كان المريض معلوم الهوية، والمحتوى ظاهرًا مفهومًا، والقبول منسوبًا إليه، وله فرصة سؤال وعدول، وحُفظ الدليل من العبث.[13] وتفصيل عناصر الإذن المستنير في الفصل الخامس. **أما ضغط زر ضمن شروط طويلة أو حساب مشترك فلا يحقق التبصير لمجرد أنه إلكتروني.**

ومن القواعد الحاكمة هنا: «**ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب**» -فإذا كانت حماية السر لا تتم إلا بالتشفير والصلاحيات والتدقيق والتدريب، فالأقرب أن هذه التدابير تصير واجبة بقدرها. و«**الغُنم بالغُرم**» -فمن ينتفع تجاريًا من النظام يتحمل نصيبه من ضمان الجودة والضرر.

والذي أختاره في التكييف أن **مخرج الآلة قرينة أو خبر فني**، لا شاهد مكلف ولا طبيب مستقل. فإذا خالف المخرج علامة سريرية ظاهرة وجب التوقف والتحقق. **ولا يصح أن تُوكل الفتوى أو الحكم الشرعي إلى نموذج لغوي**؛ فالفتوى منوطة بأهلها من المكلفين.

النصوص التي تحكم عملك في المملكة

النص أو الجهة	أثره العملي
مزاولة المهن الصحية	الكفاءة والسر والمسؤولية
حماية البيانات الشخصية	المسوغ والحقوق والبيانات الحساسة
اللائحة التنفيذية	الحد الأدنى وتقويم الأثر والتسرب
قواعد الطب الاتصالي	الهوية والإذن والطوارئ والتوثيق
الأجهزة والمستلزمات الطبية	ترخيص البرمجيات الطبية

مبادئ سدايا	الإنصاف والشفافية والمساءلة
الجرائم المعلوماتية	تجريم الدخول والتسريب

فنظام مزاولة المهن الصحية صدر بالمرسوم الملكي **م/59 في 1426/11/4هـ** ونظام حماية البيانات الشخصية بالمرسوم **م/19 في 1443/2/9هـ** ومعدَّل بـ**م/148 في 1444/9/5هـ**.[14] ونظام الأجهزة والمستلزمات الطبية بالمرسوم **م/54 في 1442/7/6هـ** ونظام مكافحة الجرائم المعلوماتية بالمرسوم **م/17 في 1428/3/8هـ** وصدر إرشاد الأجهزة الطبية بالذكاء الاصطناعي **MDS-G010** النسخة 1.0، وإرشاد المنتجات الصحية الرقمية **MDS-G 027** النسخة 1، أغسطس 2025م. ومبادئ سدايا لأخلاقيات الذكاء الاصطناعي النسخة 1.0، سبتمبر 2023م.

وخمسة أمور عملية من اللائحة التنفيذية لحماية البيانات:

- **البيانات الصحية حساسة**، فلا يكفي وجودها في مستشفى لتُستعمل لأي غرض.
- إن كانت المعالجة تستخدم تقنيات ناشئة أو تتخذ قرارات آلية على نطاق واسع، وجب توضيح ما إذا كانت القرارات «مبنية بشكل كامل على المعالجة الآلية».
- **تقويم الأثر مكتوبًا** واجب عند معالجة البيانات الحساسة أو ربط مصادر مختلفة أو المراقبة المستمرة أو القرارات الآلية -**فهو خطوة سابقة للاعتماد لا ورقة بعد الشراء**.
- حماية البيانات الصحية تقتضي «تدرج إمكانية الوصول».
- **التسرب المحتمل الضرر يوجب إشعار الجهة المختصة خلال 72 ساعة من العلم**، وإشعار صاحب البيانات دون تأخير غير مبرر بلغة مبسطة.[15]

وفي الطب الاتصالي تنص القواعد التنفيذية على تسجيل موافقة مبصرة قبل النشاط (3.1.17)، وحق المريض في الرفض أو الإلغاء في أي وقت دون تعليل (3.1.18). وتوجب بروتوكولًا للحادث التقني (3.1.21) وآخر للطوارئ (3.1.22)، وتقرر أن **مسؤولية كل مهني تتبع مساهمته** في الاستشارة بين المهنيين (3.2.4)، وإدخال النشاط كله في السجل (3.3.1).[8]

والأقرب في المسؤولية أن الذكاء الاصطناعي لا ينشئ فراغًا فيها. فلا يسوغ تحميل الطبيب وحده خطأً لا يستطيع اكتشافه بسبب تصميم مغلق أو تحديث صامت، ولا يسوغ للطبيب أن يتذرع بالخوارزمية إذا تجاهل أعراضًا واضحة أو استعملها خارج

نطاقها. **والعبرة بحقيقة السيطرة والمساهمة لا بعبارة العقد وحدها**، على ما تقرره قواعد الضمان في التفريق بين المباشر والمتسبب؛ وتفصيل المسؤولية في الفصلين العاشر والحادي عشر.

مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
المعلومة الصحية أمانة تُؤدى إلى أهلها، وتحريم التجسس	نص قطعي	﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الأَمَانَاتِ إِلَى أَهْلِهَا﴾، ﴿وَلَا تَجَسَّسُوا﴾ [10]
تأكد واجب حفظ السر على من يعمل في المهن الطبية	قرار مجمعي	مجمع الفقه الإسلامي الدولي، القرار 79 (10/8) [11]
انعقاد العقود بآلات الاتصال الحديثة، والتعاقد بالهاتف تعاقد بين حاضرين	قرار مجمعي	القرار 52 (3/6) [12]
صحة الإذن الطبي الإلكتروني بشروطه (معلومية الهوية، وظهور المحتوى، ونسبة القبول، وفرصة العدول، وحفظ الدليل)	اجتهاد المؤلف تخريجًا على القرار 52	[13]
الأصل في الوسائل والعادات الإباحة ما لم تتضمن محرمًا أو تؤدِّ إلى ضرر راجح	قول راجح (قاعدة فقهية كلية)	القواعد الفقهية الكلية
وجوب تدابير حماية السر الرقمية (التشفير والصلاحيات والتدقيق) بقدرها	اجتهاد المؤلف تخريجًا على قاعدة «ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب»	القواعد الأصولية
مخرج الآلة قرينة أو خبر فني لا شاهد مكلف، ولا تُوكل الفتوى إلى نموذج لغوي، والمسؤولية بحقيقة السيطرة والمساهمة	اجتهاد المؤلف	تكييف المؤلف على قواعد الشهادة والضمان

قائمة جيب قبل اتباع توصية آلية

- هل هذا المريض من الفئة التي تحققت فيها الأداة؟
- هل البيانات المدخلة صحيحة وحديثة وكاملة؟
- هل المخرج متوافق مع القصة والفحص؟

- ما درجة اليقين، وما الخطأ الأخطر: الفعل أم عدم الفعل؟
- هل أستطيع تفسير القرار للمريض بصدق؟ وما البديل، ومتى أتجاوز التوصية؟

خلاصة عملية

يجمع القرار الرشيد خمسة أمور: **غرض طبي مشروع، ودليل متناسب مع الخطر، وإشراف بشري حقيقي، وحوكمة للبيانات والأمن، ومسؤولية قابلة للتتبع**. وإذا غاب أحدها فلا تُعالَج الفجوة بتوقيع المريض ولا بحسن نية الطبيب. نستخدم الأداة حين تزيد قدرة الفريق على تحقيق مصلحة المريض ضمن دليل وضوابط، ونقيدها حين يزداد الغموض أو الأثر، **ونوقفها حين لا نستطيع تفسير خطرها أو حماية بياناتها أو تصحيح قرارها**.

الحالات التطبيقية

حالات محللة بالأركان الأربعة، ليتدرب الطالب على منهج التحليل نفسه قبل أن يقف أمام حالته الأولى.

تستوفي كل حالة مرتكزات الأركان الأربعة على النحو المبين في «نموذج الأركان الأربعة في الصحة الرقمية»، ثم تُختم بقرار موزون يحدد التنفيذ والمسؤول والزمن وعلامة إعادة التقييم.

الحالة الأولى: نموذج إنتان يفوت مرضى فئة معينة

| **السيناريو**. بعد ثلاثة أشهر من إطلاق نموذج إنذار الإنتان، كان متوسط الحساسية مقبولًا، لكن التدقيق أظهر حساسية أقل بوضوح لدى كبار السن ذوي القصور الكلوي، وتأخر مضاد حيوي في حالات عدة.

السياق الاستراتيجي. المتوسط الجيد قد يخفي ضررًا مركزًا، واستمرار الأداة بعد معرفة الخلل يحول التحيز من احتمال إلى قرار مؤسسي.

| **الركن الطبي**. التوصيف: خلل فئوي في أداء أداة عالية الخطر. التدخل: تقييد أو إيقاف، ومراجعة المدخلات والعتبة والانجراف. المخاطر: فوات الإنتان وتأخر العلاج، مقابل زيادة إنذارات إذا عدلت العتبة. البدائل: بروتوكول سريري مستقل، وعتبة مختلفة مؤقتة، وإعادة تحقق قبل الإطلاق.

| **الركن الأخلاقي**. الاستقلالية: المرضى لا يستطيعون اكتشاف التفاوت. النفع ومنع الضرر: الواجب الاحترازي قوي. الكرامة: لا تعامل الفئة كتكلفة إحصائية مقبولة بلا تبرير. العدالة: الأداء الفئوي جزء من الجودة، مع مراجعة أثر التعديل على فئات أخرى.

| **الركن الفقهي**. المقاصد: حفظ النفس والعدل. القواعد: الضرر يزال، ولا ضرر، والغنم بالغرم. تحقيق المناط: يثبت الإحصائي والسريري حجم الفرق والسبب والنتائج. التكييف: الاستمرار بلا معالجة بعد العلم تفريط، وليس مجرد خطأ تقني أولي.

| **الركن النظامي**. النصوص: إرشاد هيئة الغذاء والدواء يطلب تحليل المجموعات والتحقق المحلي

والمراقبة بعد التسويق [16]. المسؤولية: تتوزع على المورد والمنشأة والفريق بحسب سبب الخلل والسيطرة. التوثيق: الإصدار والعتبات والحالات والأثر وقرار الإيقاف. البيانات: تراجع جودة بيانات الفئة من غير توسيع غير لازم.

القرار المهني الموزون. يوقف الاعتماد الآلي في الفئة فورًا، ويعود بروتوكول سريري بديل مع تنبيه للفرق، وتراجع الحالات المتأثرة ويُفصح عن الضرر وفق سياسة الأخطاء إن ثبت. خلال مدة محددة يعاد التحقق والفحص الفئوي؛ ولا يعاد الإطلاق إلا بقرار اللجنة وعتبات مراقبة وإيقاف معلنة.

الحالة الثانية: نموذج لغوي يكتب ملخص خروج خاطئًا

| **السيناريو**. ولّد نظام تلخيص مسودة خروج لمريضة، وأضاف أن «البنسلين آمن» مع أن السجل يثبت تأقًا سابقًا، وأسقط موعد فحص عاجل. وقّع الطبيب المسودة بسرعة وأرسلت إلى الرعاية الأولية.

السياق الاستراتيجي. اللغة السلسة خلقت ثقة زائدة، واجتمع خطأ النموذج مع ضعف التصميم والوقت والمراجعة البشرية.

| **الركن الطبي**. التوصيف: خطآن مؤثران في الحساسية والمتابعة. التدخل: تصحيح عاجل، وإبلاغ المتلقين، ومراجعة ما إذا وُصف الدواء أو فات الفحص. المخاطر: تأق وتأخر تشخيص. البدائل: قالب يتحقق آليًا من الحساسية والموعد مع مراجعة بشرية، أو تعليق التوليد في الحقول الحرجة.

| **الركن الأخلاقي**. الاستقلالية: للمريضة حق معلومة صحيحة ومعرفة الخطأ المؤثر. النفع ومنع الضرر: التصحيح والإفصاح ومنع التكرار. الكرامة: لا يلقى اللوم على «النظام» ولا على الطبيب وحده قبل تحليل السياق. العدالة: يجب ألا تزيد الأخطاء عند من لديهم سجلات طويلة أو لغة مختلفة.

| **الركن الفقهي**. المقاصد: حفظ النفس والثقة. القواعد: الضرر يزال، والكتاب كالخطاب في الإثبات، والمباشر والمتسبب ينظر في كل منهما. تحقيق المناط: يحدد التحقيق ما ولده النموذج وما أقره الطبيب وما سمحت به الواجهة. التكييف: اعتماد الطبيب شهادة مهنية، مع بقاء مسؤولية المؤسسة والمورد عن تصميم مضلل.

| **الركن النظامي**. النصوص: واجب العناية والتوثيق وحماية سلامة البيانات؛ والمادة 22 من اللائحة توجب تصحيح البيانات الضارة وإيقاف المعالجة حتى التصحيح [15]. المسؤولية: مشتركة بحسب المساهمة. التوثيق: النسخة الأصلية والمولدة والمعدلة والإشعارات. البيانات: لا تُرسل المسودة إلى نموذج خارجي غير معتمد.

القرار المهني الموزون. يتصل الفريق بالمريضة والرعاية الأولية في اليوم نفسه، ويصحح السجل والملخص ويحميها من الدواء، ويقيّم الفحص الفائت. تعلق الحقول الحرجة أو الأداة إلى حين إضافة تحقق ومنع توقيع سريع وتدريب، وتراجع عينة من الملخصات السابقة. يحدد قائد سريري موعد إعادة تقييم قبل أي استئناف.

مو اقف متكررة وجوابها المختصر

تُجمع هنا مواقف رقمية متكررة عولجت مادتها في أركان الفصل، ويُعطى كل موقف جوابه الحاسم بضابطه، من غير إعادة التحليل الرباعي المفصل في الحالات السابقة.

تطبيق صحي موصى به يرسل البيانات إلى شبكة إعلانات. تُوقف التوصية فورًا دون إتلاف الأدلة، ويُعرض بديل لا يقطع العلاج: تطبيق معتمد أقل جمعًا، أو متابعة عبر بوابة المؤسسة. ويقيّم مسؤول حماية البيانات والأمن الواقعة خلال ساعات، ويُخطَر المتأثرون والجهة المختصة إذا انطبق معيار التسرب. والضابط: نقلُ بيانات لا تحتاجها وظيفة التطبيق إفشاءٌ واستعمالٌ خارج الإذن، لا «نموذج عمل مجاني»، ولا يصححه سطر عام في سياسة الخصوصية.

هجوم فدية يعطل السجل وصرف الدواء. يُفعَّل مركز قيادة الحادث وخطة التعطل فورًا، وتُراجع الأدوية الحرجة بتحقق مزدوج، وتُمنع القنوات الشخصية لنقل قوائم المرضى مع تقديم بديل مؤسسي. ويُحفظ الدليل، ويُبلَّغ مسؤول الحماية والجهة المختصة خلال 72 ساعة من العلم، ويُخطر المرضى عند تحقق معيار الضرر. والضابط: الضرورة تُقدَّر بقدرها؛ فلا تبيح قناة شخصية مع وجود قناة مأمونة، ولا تُسقط التوثيق والإشعار.

ساعة ذكية «تنفي» تشخيصًا لم تُصمَّم له. لا تُبنى طمأنة على قراءة جهاز استهلاكي خارج غرضه المعتمد؛ فعدم كشف الرجفان الأذيني لا ينفي إغماءً ولا اضطرابًا متقطعًا. يوضح الطبيب معنى النتيجة وحدود حساسيتها، ويوجّه إلى تقييم عاجل مع منع القيادة، وتُحفظ اللقطة قرينةً زمنية لا شهادةَ نفي. والضابط: مخرج الجهاز قرينة جزئية، والحكم على الشيء فرع عن تصور غرضه المعتمد.

مراهقة في جلسة نفسية مرئية بحضور وليّها ودرجة خطر مرتفعة. تُثبَّت الهوية والموقع ورقم الرجوع قبل الاستمرار، ويُطلب جزء خاص من المقابلة بوصفه معيار سلامة لا استبعادًا للأم، ثم يُقيَّم الخطر مباشرة ولا يُعتمد الاستبيان الآلي وحده. وعند الخطر الوشيك تُفعَّل الطوارئ ويُكشف القدر اللازم للولي أو الجهة. والضابط: للولي ولاية رعاية لا حق مطلق في كل سر، والكشف يكون بقدر ما يمنع الضرر ويُوثَّق.

أسئلة التقويم -ثلاثة أسئلة

1. أثناء زيارة مرئية متقطعة الاتصال يشكو مريض ألمًا في الصدر. ما التصرف الصحيح؟

أ) تُستكمل الزيارة ويُطلب منه إعادة الاتصال إذا ساء الألم

ب) تُفعَّل خطة الطوارئ وعتبة التحويل الحضوري فورًا، ولا تكون الشاشة سببًا لتأخير الاستجابة

ج) يُطلب تخطيط قلب من جهاز ساعته ويُبنى القرار عليه

د) يُوصف مسكن ويُحدَّد موعد حضوري بعد أسبوع

2. صوّر مقيم بهاتفه طفحًا جلديًا نادرًا لمريض، وأرسله بلا اسم إلى مجموعة مراسلة للزملاء

«للتعليم». ما الصحيح؟

أ) مقبول لأن الصورة بلا اسم ولغرض تعليمي

ب) مقبول إذا حذف الصورة بعد يوم

ج) مقبول إذا كان أعضاء المجموعة كلهم أطباء في المستشفى نفسه

د) غير مقبول؛ فالصورة تحتاج إذنًا صريحًا وقناة مؤسسية، والحالة النادرة أسهل الحالات إعادةً للتعرف

3. وقّع مريض إذنًا إلكترونيًا لتنظير عبر بوابة المستشفى بحسابه الموثق، بعد عرض المعلومات وإتاحة الأسئلة وحفظ السجل. اعترض زميل: «الإذن لا يصح إلا ورقيًا». ما الصحيح؟

أ) الاعتراض صحيح؛ فالشرع لا يعتد بالتعاقد عن بُعد

ب) الإذن معتبر استئناسًا بقرار المجمع 52 (3/6) في العقود بآلات الاتصال الحديثة، ما دامت الهوية معلومة والمحتوى ظاهرًا والقبول منسوبًا إليه والدليل محفوظًا

ج) يصح فقط إذا ضغط المريض زر الموافقة على الشروط الطويلة كاملة

د) يصح ولو كان الحساب مشتركًا مع أحد أفراد الأسرة، لأن الوسيلة إلكترونية

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) د • 3) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص والحالات التطبيقية تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1] World Health Organization. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. - المصدر الرسميISBN .0-002920-4-92-978

[2] Zech, J. R., et al. (2018). Variable generalization performance of a deep learning model to detect pneumonia in chest radiographs. *PLOS Medicine,* 15(11), e1002683. الرابط -DOI

[3] Wong, A., et al. (2021). External Validation of a Widely Implemented Proprietary Sepsis Prediction Model in Hospitalized Patients. *JAMA Internal Medicine,* 181(8), 1065–1070. DOI

[4] Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C., & Mullainathan, S. (2019). Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science,* 366(6464), 447–453. - الرابطDOI

[5] World Health Organization. (2024). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models*. - المصدر الرسميISBN -4-92-978

.9-008475

[6]Snoswell, C. L., et al. (2021). The Effect of Telehealth on Hospital Services Use: Systematic Review and Meta-analysis. PubMed PMID 34468324. PubMed

[7]Understanding Telemedicine: Measuring Beneficiaries' Satisfaction and Key Call Metrics in the Kingdom of Saudi Arabia. (2025). PubMed PMID 40718462. PubMed -DOI

[8] المجلس الصحي السعودي، المركز الوطني للمعلومات الصحية. القواعد المنظمة للطب الاتصالي: القواعد التنفيذية، النسخة المنشورة 2020م. الرابط

[9] المملكة العربية السعودية. نظام مكافحة الجرائم المعلوماتية، المرسوم الملكي رقم م/17 وتاريخ 1428/3/8هـ، وقرار مجلس الوزراء رقم 79 وتاريخ 1428/3/7هـ. المصدر الرسمي

[10] أبو داود، سليمان بن الأشعث. سنن أبي داود، كتاب الأدب، حديث رقم 5128: «المستشار مؤتمن»؛ وله شواهد في كتب السنن.

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1993). قرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية، الدورة الثامنة، برونای، 21–27 يونيو 1993م. المصدر الرسمي

[12] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1990). قرار رقم 52 (3/6) بشأن حكم إجراء العقود بآلات الاتصال الحديثة، الدورة السادسة، جدة، 14–20 مارس 1990م. المصدر الرسمي

[13] وزارة الصحة السعودية. (2019). الدليل السعودي للإذن الطبي، الطبعة الأولى، ص 25–28.

[14] المملكة العربية السعودية. نظام حماية البيانات الشخصية، المرسوم الملكي رقم م/19 وتاريخ 1443/2/9هـ، المعدل بالمرسوم الملكي رقم م/148 وتاريخ 1444/9/5هـ. المصدر الرسمي

[15] الهيئة السعودية للبيانات والذكاء الاصطناعي. اللائحة التنفيذية لنظام حماية البيانات الشخصية: المواد 4، 19، 20، 23–26، 30. الرابط

[16] الهيئة العامة للغذاء والدواء. (2023/2022). *Guidance on Artificial Intelligence (AI) and Machine Learning (ML) Technologies based Medical Devices*، 010MDS-G، النسخة 1.0، مؤرخ 2022/11/29م ومنشور 2023/1/3م. الرابط

محطات تاريخية في المهنة الطبية

Chapter 51 -Landmarks in the History of the Medical Profession

من عرف كيف كُتبت هذه الصفحات -وبأي ثمن كُتب بعضها
-عرف لماذا لا يجوز أن تُمحى.

مستوى القراءة: أساسي | فصل ختامي • قراءات تحليلية بالأركان الأربعة • خمسة أسئلة تقويم

ملخص الفصل

لماذا يُختم الكتاب بالتاريخ؟

قطعتَ الكتاب كلَّه: مفهوم الخلق وأركان النظر الأربعة، والموافقة المستنيرة والسرية، والمسؤولية الطبية، والموت الدماغي ونقل الأعضاء، والإجهاض، والبحث الطبي، وقضايا نهاية الحياة، وأخلاقيات الصحة الرقمية. وخرجت من كل باب بقاعدة عمل مضبوطة. وبقي سؤال واحد لم يُجب عنه بعد: من أين جاءت هذه القواعد؟ ولماذا صيغت على هذا النحو دون غيره؟

هذا الفصل هو الجواب، ولذلك أُخِّر ولم يُقدَّم. فالتاريخ في أول الكتاب مقدمة ثقافية يتجاوزها المستعجل، وفي آخره شهادة ميلاد لكل ما قرأت. فأنت لا تستقبل هنا معلومات جديدة بقدر ما ترى الأصلَ الذي نبتت منه: الموافقة التي تأخذها قبل الإجراء وُلدت في قاعة محكمة بعد جريمة، وقاعدة الضمان التي تُساءل بها وردت في حديث نبوي قبل قوانين المسؤولية بقرون، والترخيص الذي تحمله ابنُ حادثة وفاة في بغداد سنة 319هـ، والقسم الذي أدّيته آخرُ حلقة في سلسلة من العهود المكتوبة.

ومن يتتبع المحطات يجد نمطًا واحدًا يتكرر: علمٌ يتقدم، فيلد سؤالًا أخلاقيًا، فيتصدى له ضمير المهنة وفقهاؤها وأنظمتها. فسماعة لينيك وُلدت من حرج مريضة، وامتحانات سنان بن ثابت من خطأ قاتل، ومدونة نورمبرغ من جرائم حرب، وتقرير بلمونت من فضيحة صحفية، وقرارات المجامع من أجهزة إنعاش وأطفال أنابيب لم يعرفها المتقدمون. والخيط الناظم: أن التشريعات الطبية والمساءلة ليست وليدة العصر الحديث، بل امتداد لإرث وضع صحة الإنسان وكرامته في أعلى المراتب؛ وأن المواثيق تُكتب غالبًا بعد المآسي؛ وأن الفقيه والطبيب شريكان في منعها قبل وقوعها.

وثلاثة أخطاء في قراءة تاريخ الطب تَحسُن مجانبتها. الأول **عبادة الأبطال**: نسبة

التحول كله إلى شخص واحد، وطمس دور الفرق والمؤسسات والممرضين والمرضى أنفسهم؛ فالبنسلين لاحظه فليمنغ، لكن حوّله إلى دواء منقذ فريقٌ وصناعةٌ كاملة. والثاني **الحاضرية**: محاكمة الماضي بمصطلحات اليوم، كوصف مقارنة الرازي بأنها «تجربة عشوائية محكمة»، أو السخرية من نظرية الأخلاط بمعايير عصرنا. والثالث **الاحتفال بالتقدم من غير حساب كلفته الأخلاقية**؛ فبعض أعظم المواثيق لم يولد من تأمل هادئ، بل من كشف إساءات ارتكبها أطباء باسم العلم. وهذه الأخطاء ميزانُ قراءتك للمحطات الآتية.

خريطة المحطات السبع

المحطة	التاريخ	ما استقر منها
التأسيس الأخلاقي القديم	نحو 460–370 ق.م	العهد المكتوب: سرية، وعدم إضرار، ونزاهة
الريادة الإسلامية	5هـ – 687هـ	المستشفى الموقوف، والترخيص، وقاعدة الضمان
علم الأجنة نموذجًا	ق 17–20م	العلم يصحح نفسه، والأداة لا تمنع الوهم
الطب الحديث وثورته	1796–2021م	الوقاية والدليل وسلامة النظام
المآسي والمواثيق	1947–2005م	الموافقة الحرة، والمراجعة المستقلة، والعدالة
الفقه الطبي المعاصر	1401هـ فما بعد	الاجتهاد الجماعي الموثق بأرقامه
المسار السعودي المؤسسي	1343هـ–2025م	من مصلحة الصحة إلى القسم الرسمي

المحطة الأولى: التأسيس الأخلاقي القديم -العهد قبل المهارة

يُعد قسم أبقراط (نحو 460–370 ق.م) أقدم نموذج باقٍ لميثاق أخلاقيات المهنة. ألزم القسم الطبيبَ بتقدير معلمه ومشاركة المعرفة مع الأجيال، وحفظِ سر المريض وما يطّلع عليه في البيوت، والامتناعِ عن إعطاء الأدوية المجهضة أو القاتلة ولو طُلبت منه، والاعترافِ بحدود معرفته والتعاون مع زملائه، والرعايةِ الإنسانية من غير استغلال. وبهذا وضع -قبل خمسة وعشرين قرنًا -بذور أربعة مبادئ لا تزال حية إلى اليوم: السرية، وعدم الإضرار، والنزاهة، واستمرار التعلم.

على أن التحقيق التاريخي يضيف ضبطًا منهجيًا لا يجوز إغفاله. فقد بيّنت دراسة

نتون المرجعية أن نص القسم لم يكن واحدًا ثابتًا ولا مفروضًا على كل ممارس في العالم القديم؛ بل عُدِّل مرارًا بحسب العصور، وأن أقدم شاهد يقيني على أدائه في التعليم الجامعي يرجع إلى القرن السادس عشر، وأن انتشاره في حفلات التخرج ظاهرة حديثة نسبيًا [1]؛ وأن كليات الطب اليوم تؤدي أقسامًا معدَّلة تعكس قيم كل عصر ومؤسسته [2].

وهنا أول عبرة عملية لك. فالقسم رمز يجمع المهنة على هوية أخلاقية، واحترامه واجب؛ لكنه لا يعمل وحده. فقضايا البحث الجماعي والصحة العامة وعدالة الموارد والبيانات الصحية وعمل الفريق لم تكن مفصَّلة فيه، والتفصيل تتولاه المواثيق والأدلة والأنظمة. فإذا قال لك زميل: «قسم أبقراط وحده يكفي مرجعًا أخلاقيًا»، فالجواب الدقيق أن من استدل به وحده اختزل منظومة كاملة في شعارها.

وقد عرفت المجتمعات القديمة توقعاتها من سلوك الطبيب عبر معتقداتها الدينية. ثم جاء الإسلام فأضاف إلى الميثاق بُعدًا تعبديًا لا يقف عند حدود الرقابة الخارجية: فالتداوي مشروع مأمور به، والبدن أمانة، وحفظ النفس كلية من الكليات المقاصدية الكبرى، وحياة الإنسان مقدسة ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَآ أَحْيَا ٱلنَّاسَ جَمِيعًا﴾ [المائدة: 32]، ولكل داء دواء، وعند تعارض الشرين يُرتكب أخفهما -وهي أصول ستصير عماد الفقه الطبي كله. والخلق في هذا التصور ليس ذوقًا شخصيًا بل سجية تُربَّى، كما في تعريف الغزالي: «هيئة في النفس راسخة عنها تصدر الأفعال بسهولة ويسر من غير حاجة إلى فكر ورويّة» [3]؛ وقد مر تفصيله في الفصل الأول.

والفرق بين المصدرين ظاهر في أثره: العهد المهني يراقبه الزملاء، ومراقبة الله تلاحق الطبيب في الغرفة المغلقة حيث لا شاهد. ولذلك افتُتح القسم الرسمي للممارس الصحي في المملكة -كما سيأتي- بمراقبة الله لا بالتعهد للمهنة.

المحطة الثانية: الريادة الإسلامية -من تنقية الطب إلى تقنين المهنة

تخليص الطب من الخرافة

قبل الحضارة الإسلامية كانت أمم كثيرة تعدّ المرض غضبًا إلهيًا أو مسًّا من الشياطين أو أثرًا لنجوم مشؤومة، فيُعالَج المريض بالطلاسم والقرابين. فخلّص المسلمون الطب من التنجيم والرقى الشركية والتمائم، وأرسوا أبجديات الطب السريري: سؤال المريض عن شكواه وطعامه وطريقة عيشه، وجسّ النبض، وفحص البول وترتيب

دلالاته، وتسجيل مسار المرض [4، 5]. وقام «بيت الحكمة» بدور النقل الأمين للتراث الطبي العالمي؛ وبرز فيه حنين بن إسحاق العبادي (ت 260هـ/873م) وابنه وابن أخته، وقد أتقنوا العربية والسريانية واليونانية فنقلوا أمهات الكتب مباشرة [4].

ولم يكن النقل غاية في ذاته. فمن أروع شواهد البحث المقارن المبكر ما فعله أبو بكر الرازي للتحقق من أثر الفصد: قسم مرضاه مجموعتين، عالج إحداهما وأمسك عن الأخرى، ثم راقب النتائج [5]؛ وقد قرأ باحثون محكَّمون هذه المقارنة إرهاصًا مبكرًا لفكرة المجموعة الضابطة [6]. والقراءة الصحيحة أن هذا سبقٌ في اتجاه المقارنة المنظمة، لا «تجربة عشوائية محكمة» بمصطلح القرن العشرين؛ فالعشوائية والتعمية والإحصاء لم تكن قد وُلدت بعد. وإثبات القيمة لا يحتاج مبالغة.

البيمارستانات: من خيمة إلى مركز طبي تعليمي

بدأت نواة العمل الاستشفائي في الإسلام ميدانية متواضعة: خيمة رفيدة الأسلمية رضي الله عنها التي أمر النبي ﷺ بإقامتها لمداواة جرحى الخندق سنة 5هـ. ثم أنشأ الوليد بن عبد الملك (ت 96هـ/715م) سنة 88هـ دارًا لعزل المجذومين والعميان ورعايتهم، وجعل فيها الأطباء وأجرى لهم المرتبات وللنزلاء الأرزاق؛ ويقرؤها مؤرخو الطب أول ملمح لمستشفى متخصص تموله الدولة -في حين ظل بعض ملوك أوروبا بعد ذلك بقرون يتعامل مع المجذومين بالنبذ أو بالإحراق كما فعل الملك الفرنسي فيليب سنة 1313م [4، 5]. ثم تطورت البيمارستانات لتشمل أجنحة للأمراض المعدية ودورًا للمرضى النفسيين أشرف عليها مختصون، في زمن كانت أوروبا تعامل فيه المريض النفسي معاملة الممسوس.

ولم يكن البيمارستان الكبير مبنى للعلاج فحسب؛ فقد جمع الإقامة والرعاية والتعليم والصيدلة والسجلات والوقفَ الذي يمول الخدمة للفقراء. وترى الدراسات التاريخية فيه أصلًا مبكرًا لفكرة «المركز الطبي التعليمي»: مكان واحد يجمع علاج المريض وتدريب الطبيب وتوثيق الحالة [7]؛ فجودة الطب صناعة مؤسسية لا مهارة فرد. وتمويلُ الوقف جعل علاج الفقير حقًا ثابتًا لا صدقة متقلبة، وهو من أقدم صور «الإتاحة العادلة».

الحسبة وامتحان الأطباء: أول تقنين للمزاولة

خضعت الممارسة الطبية في الحواضر الإسلامية لرقابة مزدوجة: المحتسب في

السوق والمهن، ورئيس الأطباء في الصنعة. وبعد خطأ طبي قاتل مات فيه رجل ببغداد سنة 319هـ، أمر الخليفة المقتدر رئيسَ الأطباء سنان بن ثابت بن قرة (ت 331هـ/943م) بامتحان المشتغلين بصناعة الطب؛ فاختُبر في السنة الأولى نحو 860 طبيبًا في بغداد وحدها، ومُنع من لم يجتز حتى يستكمل أهليته، وصار الإذن المكتوب شرطًا للمزاولة [4، 5].

فالترخيص المهني وامتحانات المزاولة -التي تُعد اليوم من بدهيات التنظيم الصحي- محطة إسلامية عمرها أحد عشر قرنًا، تجمع في واقعة واحدة ما سيتفرق لاحقًا في مؤسسات كاملة: ضررٌ يكشف ثغرة، وسلطةٌ تتدخل، وخبيرٌ يضع معيار الكفاءة ويجريه، وأثرٌ دائم هو اشتراط الإجازة.

قاعدة الضمان: نص نبوي سبق القوانين

حارب الإسلام أدعياء الطب الروحاني من الكهنة والمشعوذين، وحمّل أدعياء الطب البشري مسؤولية أخطائهم؛ قال رسول الله ﷺ: «من تطبب ولم يُعلم منه طب قبل ذلك فهو ضامن» [8]. قال الإمام الخطابي: «لا أعلم خلافًا في أن المعالج إذا تعدى فتلف المريض كان ضامنًا».

وهذا الحديث يجمع في سطر واحد أركان فقه المزاولة: أن الطب صنعة لها أهلها، فمن انتسب إليها بلا علم فهو «متطبب» لا طبيب؛ وأن معيار الأهلية ظاهر يُتحقق منه؛ وأن التبعة المالية تلحق المتجاوز ولو لم يقصد الأذى، فالنية الحسنة ليست عذرًا للجاهل. وعلى هذا الأصل بنى الفقهاء ضمان الطبيب الجاهل والمتعدي والمقصّر، وميّزوا الحاذقَ المأذون له الذي أدى الصنعة على وجهها فلا ضمان عليه فيما تلف بغير تعدٍّ ولا تفريط -وهي المعادلة التي لا تزال تحكم أنظمة المسؤولية الطبية إلى اليوم [8، 9]. فإذا سُئلت عن الأصل الشرعي لمساءلة من طبّب بلا ترخيص ولا علم، فهذا هو النص المؤسِّس لا غيره.

التخصصات والاكتشافات المفصلية

في الجراحة، يُعد أبو القاسم الزهراوي الأندلسي (ت نحو 404هـ/1013م) ذروة الكتابة الجراحية العربية بموسوعته «التصريف»؛ فهو أول من وصف ربط الشريان لمنع النزف، وبيّن تفتيت حصاة المثانة وفتح القصبة الهوائية، وصمم عشرات الأدوات الجراحية برسومها، ووصف وضعية المريض منخفض الرأس مرفوع الطرفين قبل

ترندلنبورغ بقرون [4، 5]. وفي الكحالة برع العرب حتى دُرست مؤلفاتهم في جامعات أوروبا إلى القرن الثامن عشر؛ ومن أعلامها علي بن عيسى وخليفة الحلبي صاحب «الكافي في الكحل» بجداوله المصورة [10]. وأثبت عبد اللطيف البغدادي (ت 629هـ/1231م) بالمشاهدة أن عظم الفك الأسفل عظم واحد لا مفصل فيه، مصححًا ما توارثته الكتب، ووصف علامتي السكري الأوليين قبل الفحوص المخبرية بقرون [4].

ثم جاءت المحطة الأشد دلالة: اكتشف علاء الدين ابن النفيس (ت 687هـ/1288م) الدورة الدموية الرئوية في «شرح تشريح القانون»، فرفض مقولة جالينوس التي تلقاها الأطباء قرونًا بمرور الدم عبر مسام غير مرئية في الحاجز بين البطينين، وقرر أن الدم ينتقل من البطين الأيمن إلى الرئة ثم يعود إلى الأيسر؛ وتعده الدراسات الفسيولوجية التاريخية المحكمة مساهمة مبكرة حاسمة في وصف الدوران الرئوي قبل الصياغات الأوروبية بقرون [11]. وموضع العبرة أن مراجعة السلطة العلمية بالتشريح والاستدلال ممكنة حتى في بيئة تُجِلّ النص التعليمي، مع إنصاف تاريخي لا يمحو شبكة التراكم التي شارك فيها من جاء قبله وبعده. وقد أوقف ابن النفيس كتبه الضخمة على البيمارستان المنصوري بالقاهرة، جامعًا بين العبقرية والوقف العلمي.

أعلام الأخلاق: الرازي والرهاوي

ألّف أبو بكر الرازي (ت 313هـ/925م على المشهور) كتاب «أخلاق الطبيب»، واشترط لممارسة الطب أمرين: استيعاب تراث الصناعة قديمه وحديثه، والعمل طبيبًا داخليًا في المستشفى قبل الاستقلال بالممارسة؛ وكان يعالج بإنصاف بلا تمييز طبقي، ويحذّر من استغلال المرضى للربح، ويحث طلابه على ذكر مصادرهم أمانةً علمية [4، 5]. وهذان الشرطان هما ما تسميه أنظمة اليوم «المؤهل العلمي» و«التدريب الإكلينيكي المشروط للترخيص».

وركّز إسحاق بن علي الرهاوي (نحو 239–319هـ) في «أدب الطبيب» -وهو من أقدم كتب أخلاقيات الطب في التراث الإنساني -على الإخلاص لله، وحفظ الأسرار، ورفضِ إعطاء السموم ولو طلبها المريض (وهو موقف مبكر صريح من القتل الرحيم)، ورفضِ إجهاض الحوامل، ومداواةِ الفقراء بلا أجر يثقلهم، والصبرِ على سوء خلق بعض المرضى [5]. وقد نال الكتاب عناية التحقيق العلمي الغربي؛ فترجمه المستشرق مارتن ليفي ودرسه في عمل مرجعي وصفه بأنه منظومة كاملة لأخلاق الممارسة وتنظيمها: إصلاح خلق

الطبيب ونفسه، وآدابه مع المريض وأهله وزملائه، ومسؤولية المجتمع والسلطة في الرقابة على الممارسة ومنع الدخلاء [12].

فالتراث لم يختزل أخلاق الطب في لحظة أداء قسم، بل جعلها منظومة فيها تعليم ورقابة ومحاسبة؛ فـ«أخلاقيات المهنة» علم مدوَّن في حضارتنا قبل أن يصير تخصصًا أكاديميًا حديثًا بألف عام. لكن الوفاء لهذا التراث اليوم يقتضي ترجمة مؤسسية أمينة: لا تكفي مطالبة الطبيب بالتقوى إذا كانت جداول العمل تصنع إرهاقًا خطرًا على مرضاه.

المحطة الثالثة: علم الأجنة نموذجًا -مسيرة علم من الظن إلى المشاهدة

يصلح تاريخ علم الأجنة نموذجًا مصغرًا لمسيرة العلوم الطبية كلها؛ إذ يجيب عن سؤال قديم قِدَم الإنسان: ﴿مِنْ أَيِّ شَيْءٍ خَلَقَهُ﴾ [عبس: 18]. ويقسم مؤرخو العلم هذه المسيرة ثلاث مراحل [13].

المرحلة الوصفية امتدت من قبل الميلاد إلى القرن التاسع عشر: نسبت مصر القديمة إلى المشيمة قوى سحرية؛ وقال أرسطو بتخلق الجنين من دم الحيض وقسّم التخلق قسمة ظنية؛ وهيمنت آراء جالينوس قرونًا. ثم جاءت المشاهدة تصحح الظن: وصف مالبيغي أطوار جنين الدجاجة (1672م)، ورأى ليفينهوك بمجهره الحيوانات المنوية (1677م)، ورسم هارتسويكر (1694م) «القزم» المزعوم داخل النطفة. وظلت نظرية «التخلق المسبق» تتنازع مع «التخلق المتدرج» حتى حسم المجهرُ والتجربة الأمرَ للتدرج (فولف 1759م، ثم فون باير واكتشاف بويضة الثدييات 1827م) [13]. ثم كانت **المرحلة التجريبية** في القرن التاسع عشر وأوائل العشرين حين انتقل العلم من الوصف إلى التدخل في الكائن النامي والسؤال عن آليات التمايز، ثم **المرحلة الآلية الجزيئية** بعد اكتشاف بنية الحمض النووي (1953م)، فصار السؤال: كيف توجّه الجينات التخلق؟

وموضع العبرة مزدوج. أولًا: أن العلم تراكمي يصحح نفسه، وأن الجزم فيما لم يُشاهَد ظنٌّ قد يعمّر قرونًا ثم يسقط بمشاهدة واحدة؛ وهو درس في التواضع العلمي يلزمك في كل عصر. ومثال «القزم» حيّ: فالمجهر المبكر أعطى صورة ناقصة، فأكمل بعض المراقبين الفراغ بخيال يوافق نظريتهم. فالأداة تضيف بيانات ولا تمنع إسقاط الاعتقاد على الصورة. ولطبيب الأشعة ومستخدم الذكاء الاصطناعي اليوم العبرة نفسها: الصورة أو الاحتمال الخوارزمي لا يتكلم وحده؛ بل يحتاج معايرةً، ومعيارَ مقارنة مستقلًا، وفاحصًا يعرف أن عينه قد تكمل ما تريد رؤيته.

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

وثانيًا: أن النص القرآني وصف أطوار الخلق -النطفة فالعلقة فالمضغة فالعظام فكسوها لحمًا ثم النشأة الآخرة ﴿فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ﴾ [المؤمنون: 12–14] - بألفاظ دقيقة سبقت المشاهدة المجهرية بقرون، في زمن كانت النظريات السائدة فيه أبعد ما تكون عن هذا التدرج؛ وقد كان هذا الملحظ موضوع بحوث علمية جمعت علماء الأجنة بعلماء الشريعة [13]. ويلزم هنا ضابط يليق بالمقامين معًا: دلالة النص القرآني ثابتة بذاتها لا تحتاج تزكية من مجهر، والنظرية العلمية متغيرة بطبيعتها؛ فيُستأنس بالتوافق من غير أن يُعلَّق يقين الوحي على تفسير علمي قابل للمراجعة. فدراسة تاريخ العلم تعمّق يقين الطبيب المسلم من غير أن تغنيه عن منهج المشاهدة والدليل. وهذه الأطوار نفسها هي التي بُني عليها تدرج أحكام الإجهاض كما سيأتي في المحطة السادسة.

المحطة الرابعة: الطب الحديث -رواده وقدواته وثورته التقنية

رواد جمعوا الابتكار والقيمة

إدوارد جينر (1749–1823م): وثّق سنة 1796م استعمال مادة جدري البقر للحماية من الجدري، وقدّم التطعيم مجانًا لفقراء قريته ورفض جني الأرباح من اكتشافه [5، 14]. وتوضح الدراسات التاريخية أن ملاحظة الحماية سبقته عند آخرين، وأن فضله الأكبر لم يكن «الأولية» بل جمعُ الدليل ونشرُه وتوسيعُ اختباره وإنشاءُ شبكات لتوفير اللقاح [14]؛ فالاكتشاف وحده لا يكفي حتى يقوم عليه دليل منشور ونظام إيصال. وقد تُوّج مساره بعد قرنين: أعلنت جمعية الصحة العالمية بقرارها WHA33.3 في 8 مايو 1980م استئصال الجدري من العالم، بعد برنامج استئصال مكثف بدأ سنة 1967م وآخر انتقال طبيعي سُجل في الصومال سنة 1977م [15] -وهي المرة الأولى التي يُمحى فيها مرض بشري معدٍ بعلم منظم وتعاون دولي.

رينيه لينيك (1781–1826م): اخترع السماعة الطبية سنة 1816م استجابةً لحرج مريضة شابة من الفحص المباشر، فوُلدت أهم أدوات التشخيص من ملحظ أخلاقي في الخصوصية. ونشر عمله سنة 1819م رابطًا العلامة الصوتية في الصدر بما يُرى في التشريح، فأنشأ لغة تشخيصية جديدة لأمراض القلب والرئة [5، 16]. والدرس الباقي أن الأداة وسيط بين الجسد وعقل الطبيب: فمن اكتفى بالجهاز فقد القصة والسياق، ومن رفضه تمسكًا بالعادة فقد دقةً تنقذ مريضه.

إغناتس زيميلفايس (1818–1865م): ربط في منتصف القرن التاسع عشر غسل

اليدين بمحلول مطهر بانخفاض كبير في وفيات حمى النفاس بمستشفى فيينا، فجرحت بياناته كرامة زملاء رأوا في أيديهم سبب موت الوالدات. والقيمة المهنية لمحطته ليست قصة «بطل رفضه عصره»، بل قاعدة باقية: البيانات التي تمس سلامة المرضى تُفحص وتُطبق وتُراقب ولو هددت العادة أو المكانة. والمنشأة التي تعاقب حامل البيانات المزعجة تعيد إنتاج فيينا 1847م.

لويس باستور (1822–1895م): واضع مبادئ التعقيم ومطوّر لقاح داء الكلب (1885م)؛ وأعادت نظرية الجراثيم عنده وعند ليستر وكوخ بناء فهم العدوى على أساس سببي.

ألكسندر فليمنغ (1881–1955م): لاحظ سنة 1928م تثبيط العفن لنمو المكورات العنقودية ونشر نتائجه سنة 1929م، وعُرف بتواضعه واعترافه بدور المصادفة. لكن تحويل الملاحظة إلى دواء منقذ تطلّب عقدًا آخر وعملَ فريق أكسفورد - تشين وفلوري وهيتلي وزملائهم -ثم تعاونًا صناعيًا ضخمًا في أثناء الحرب العالمية الثانية؛ ولذلك مُنحت جائزة نوبل سنة 1945م لفليمنغ وتشين وفلوري معًا [17، 18]. وحذّر فليمنغ مبكرًا من أن سوء استعمال الدواء سيولّد جراثيم مقاومة؛ فكل دواء ناجح يصنع مسؤولية جديدة يحملها اليوم كل طبيب يكتب مضادًا حيويًا لعدوى فيروسية إرضاءً لمريض [17].

فلورنس نايتينجيل (1820–1910م): «سيدة المصباح» ومؤسسة التمريض الحديث، أرست معايير النظافة والرعاية والقياس الإحصائي، وأنقذت بإصلاحاتها آلاف الجرحى [5].

وللعصر قدواته الموثقة أيضًا: **كارلو أورباني (1956–2003م)** الذي تعرّف مبكرًا على خطورة السارس وأطلق التحذير الذي غيّر مسار الاحتواء العالمي، فأصيب بالعدوى وتوفي بها؛ **ولي وين ليانغ (1986–2020م)** طبيب العيون الصيني الذي نبّه زملاءه في الأيام الأولى لجائحة كورونا فقوبل بالتوبيخ، وواصل علاج مرضاه حتى توفي بالعدوى، فصار رمزًا لضمير المهنة أمام ضغوط إسكات الحقيقة؛ **وعبد الرحمن السميط (1947–2013م)** الذي وقف طبه وماله وعمره على فقراء أفريقيا [5]. فجوهر المهنة إيثار منضبط بعلم، لا علم مجرد من قيمة. لكن لا تُستعمل قصة البطل لإخفاء السؤال المؤسسي الأهم: هل ننتظر بطلًا استثنائيًا في كل جيل، أم نصمم نظامًا يجعل السلوك الحسن هو الخيار

الأسهل للطبيب العادي؟

من المقارنة إلى الدليل، ومن سلامة الفرد إلى سلامة النظام

تسارعت الاكتشافات في القرن العشرين: دراسات 1950م الرائدة في ربط التدخين بسرطان الرئة، وتخليق أول مانع حمل فموي (1951م)، ونشر بنية الحمض النووي (1953م)، وولادة أول طفلة أنابيب (1978م)، وأول تقرير عن الإيدز (1981م)، واستنساخ النعجة دوللي (1996م) [4]. وكل قفزة منها أنقذت أو حسّنت حياة الملايين، لكنها ولّدت في الوقت نفسه أسئلة لم تكن مطروحة: تنظيم النسل وحدوده، والأنساب في التلقيح الصناعي، وحرمة الجينوم، والاستنساخ. وهي الأسئلة التي ستتصدى لها المجامع الفقهية في المحطة التالية.

وقد عرف الطب مقارنات متفرقة قبل القرن العشرين -من مقارنة الرازي في الفصد إلى تجربة ليند في الأسقربوط -لكن التجربة السريرية الحديثة تشكلت مع الإحصاء والتعمية والبروتوكول المكتوب. وصارت تجربة الستربتوميسين للسل، التي نشرها مجلس البحوث الطبية البريطاني سنة 1948م، علامةَ هذا التحول؛ لا لأنها أول مقارنة في التاريخ، بل لأنها جمعت التخصيص العشوائي المنضبط والتقييم المنظم في سؤال علاجي واضح [19]. ثم نمت المراجعات المنهجية وحركة «الطب المبني على الدليل». غير أن الدليل ليس تنفيذًا آليًا للمتوسط الإحصائي على كل مريض؛ إنه اجتماع أفضل بحث متاح مع الخبرة السريرية وقيم المريض وظروفه. والتاريخ يحذّر من بديلين كلاهما خطأ: علاجٌ يوصف لأنه تقليد مشهور ورثه الأطباء، أو خبرةٌ سريرية تُلغى لأن رقمًا واحدًا صدر من دراسة لا تشبه مريضك.

ثم تحول الطب في أواخر القرن العشرين من سؤال «من أخطأ؟» وحده إلى سؤال أعمق: «ما تصميم النظام الذي سمح للخطأ بأن يقع ويصل إلى المريض؟». فتشابهُ عبوات الأدوية، وضعفُ تسليم المناوبات، والإرهاقُ -كلها عوامل سريرية مباشرة تُنقذ معالجتُها من المرضى بقدر ما تنقذهم مهارة الإجراء. واعتمدت جمعية الصحة العالمية القرار WHA72.6 في مايو 2019م معتبرةً سلامة المرضى أولوية صحية عالمية، وأقرت بعده الخطة العالمية لسلامة المرضى 2021–2030م [20]. فالطبيب الجيد في ميزان هذا العصر لا يكتفي بألا يخطئ؛ بل يساعد النظام على أن يصعُب فيه الخطأ ويسهل اكتشافه وتصحيحه.

الذكاء الاصطناعي: أحدث حلقة في سؤال قديم

جاء الذكاء الاصطناعي أحدثَ حلقة في سؤال هذه المحطات كلها: ما جودة بيانات التدريب؟ ومن غاب عنها؟ وهل يثبت الأداء بعد النشر في بيئة غير بيئة التطوير؟ ومن يملك تفسير القرار ومساءلته؟ وقد أصدرت منظمة الصحة العالمية إرشادها الأول في أخلاقيات وحوكمة الذكاء الاصطناعي للصحة في 28 يونيو 2021م محددة ستة مبادئ: حماية الاستقلال البشري؛ وتعزيز رفاه الإنسان وسلامته والمصلحة العامة؛ وضمان الشفافية وقابلية الشرح؛ وترسيخ المسؤولية والمساءلة؛ وضمان الشمول والإنصاف؛ وتعزيز ذكاء اصطناعي مستجيب ومستدام [21].

فليست الخوارزمية «طبيبًا ثانيًا» محايدًا: قد تحمل انحياز بيانات الماضي وتضاعفه بثقة زائفة، وقد يكون رقم دقتها الإجمالي صحيحًا وأداؤها ضعيفًا في فئة بعينها -كما أكمل مراقبو المجهر الأوائل صورة «القزم». فإذا عُرضت على مستشفاك أداةٌ لقراءة الصور وطُلب اعتمادها فورًا لأنها «معتمدة عالميًا»، فالموقف الموافق لإرث هذه المحطات محدد: اطلب تحققًا محليًا من الأداء قبل الاعتماد، ولا تتنازل عن الحكم السريري النهائي، وأبلغ عن حالات الفشل -وهو بعينه مقتضى المادة السابعة من نظام مزاولة المهن الصحية الآتي نصها [9].

المحطة الخامسة: المآسي والمواثيق -حين تُكتب الأخلاقيات بعد الجراح

نورمبرغ (1947م): الرضا الحر حدٌّ لا مجاملة

كشفت محاكمات الأطباء في نورمبرغ تجارب قسرية وحشية وتعقيمًا قسريًا طال أكثر من أربعمائة ألف إنسان. فصيغت «مدونة نورمبرغ» سنة 1947م ضمن حكم قضائي في «محاكمة الأطباء»، ونصت قاعدتها الأولى على أن «الموافقة الطوعية للشخص الخاضع للبحث ضرورية للغاية». ثم اشترطت بقية مبادئها العشرة: نفعًا مرجوًّا لا يُحصَّل بوسيلة أخرى، وأساسًا علميًا سابقًا، وتجنّب المعاناة غير اللازمة، وتناسب الخطر مع أهمية المشكلة، وأهلية الباحث، وحرية انسحاب المشارك، وإيقاف التجربة إذا ترجّح الأذى[22].

والمحطة هنا ليست أن الأخلاق لم تكن موجودة قبل نورمبرغ، بل أن جريمة ارتكبها أطباء متعلمون كشفت فشل الاعتماد على الثقة المهنية المجردة. ومع ذلك لم يمنع النص وحده إساءات لاحقة -فتوسكيجي استمرت بعده ربع قرن -فالنص يحتاج لجانًا مستقلة،

وثقافةَ إنفاذ، وحمايةً للمبلّغين، ومساءلةً حقيقية.

توسكيجي وبلمونت: الظلم داخل مؤسسة مدنية

بدأت خدمة الصحة العامة الأمريكية بالتعاون مع معهد توسكيجي سنة 1932م دراسة للتاريخ الطبيعي للزهري غير المعالَج شملت ستمائة رجل من الأمريكيين السود: 399 مصابًا و201 غير مصاب. لم تؤخذ منهم موافقة مستنيرة، وقيل لهم إنهم يُعالجون من «الدم الفاسد»، ولم يُعرض عليهم البنسلين عندما صار العلاج القياسي المتاح؛ بل تدخل الباحثون لمنع علاجهم عند غيرهم. واستمرت الدراسة أربعين سنة حتى كشفها تقرير صحفي سنة 1972م فأُوقفت في أكتوبر من تلك السنة بعد أن قررت لجنة استشارية أنها «غير مبررة أخلاقيًا»، واعتذر الرئيس الأمريكي رسميًا للضحايا عام 1997م[23].

وأخطر ما في هذه المحطة أنها لم تقع في معسكر حرب ولا تحت نظام مجرم، بل داخل برنامج صحي مدني بأيدي موظفين رأوا أنفسهم علماء محترمين؛ فقد تعاونت العنصرية البنيوية وفجوةُ المعرفة والاعتمادُ الاقتصادي والروتينُ البيروقراطي على جعل الاستغلال يبدو عملًا عاديًا يتوارثه الموظفون.

وأسفرت الكارثة عن «تقرير بلمونت» الصادر في 18 أبريل 1979م بمبادئه الثلاثة المربوطة بتطبيقاتها الإجرائية: احترام الأشخاص (الموافقة المستنيرة)، والإحسان (تقييم المخاطر والمنافع)، والعدالة (الاختيار العادل للمشاركين) [23]. ولذلك إذا استدل باحث في مستشفاك بأن «نية البحث حسنة واللجنة وافقت»، فلا تكفي النية ولا الموافقة الشكلية حتى تُطرح أسئلة العدالة الثلاثة: من يتحمل الخطر؟ ومن ينال الفائدة؟ وهل الرفض ممكن فعلًا لمن قيل له إنه يُعالَج مجانًا؟

المواثيق المتوالية: العهد وثيقة حية

أصدرت الجمعية الطبية العالمية إعلان جنيف (1948م، وآخر تعديلاته الجوهرية 2017م) قسمًا طبيًا حديثًا جعل صحة المريض ورفاهه الاعتبار الأول، وحفظَ أسراره حتى بعد وفاته، وعدمَ التمييز، ومنعَ استعمال المعرفة الطبية لانتهاك حقوق الإنسان ولو تحت التهديد [24]. ثم المدونة الدولية لأخلاقيات الطب (1949م، وتنقيحها في برلين أكتوبر 2022م) التي فصّلت واجبات الطبيب نحو المريض والزملاء والمجتمع ونحو نفسه. ثم إعلان هلسنكي (1964م) لبحوث البشر، وآخر نسخه المعتمدة نسخة أكتوبر

2024م [25]؛ وفكرته المحورية أن البحث ليس علاجًا موسعًا، وأن توقيع ورقة الموافقة لا يساوي تحقق مبادئها.

ثم اعتمد المؤتمر العام لليونسكو في أكتوبر 2005م «الإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا وحقوق الإنسان» فوسّع المجال من علاقة طبيب بمريض إلى علاقة العلم بالمجتمع والأجيال القادمة، وشملت مبادئه المنفعة والضرر، والخصوصية، وعدم التمييز والوصم، واحترام التنوع الثقافي من غير جعله ذريعة لانتهاك الكرامة، والتضامن الدولي وتقاسم منافع العلم [26]؛ وهو بُعد لازم في زمن الجينوم والبيانات الضخمة. ودلالة هذه التواريخ المتتابعة واضحة: العهد المهني وثيقة حية تُراجَع كلما تغير الواقع، لا نص متحفي يُتلى.

وشكّلت المحاكم الغربية محطات مؤثرة في الوعي العام بأسئلة نهاية الحياة: قضية نانسي كروزان أمام المحكمة العليا الأمريكية (1990م) في إيقاف التغذية الصناعية عن مريضة في حالة إنباتية مستديمة [27]، وقانون أوريغون «الموت بكرامة» (أُقر 1994م ونُفذ 1997م)، وإدانة جاك كيفوركيان (1999م)، وقضية تيري شيافو (1990–2005م) [28]. وهذه القضايا -على اختلاف سياقها القيمي عن سياقنا -دفعت العالم إلى تقنين قرارات نهاية الحياة والتوجيهات المسبقة، وموقفُ الشريعة والنظام السعودي منها مفصَّل في فصوله المختصة. وتسجل السنوات (2023–2024م) محطة سوداء معاصرة في تاريخ انتهاك أخلاقيات الحرب والطب معًا، باستهداف المستشفيات والكوادر الطبية والمرضى في غزة، في خرق صارخ للمواثيق التي تجعل حياد المرافق الصحية وحرمة الطواقم قاعدةً لا تُنتهك [4]. ودرسُها المهني مزدوج: أن المواثيق لا تحمي نفسها بنفسها بل بالتوثيق والمساءلة، وأن حماية المرضى والإبلاغ عن انتهاك حرمة الرعاية جزء من هوية المهنة.

المحطة السادسة: نشأة الفقه الطبي المعاصر-من الجواب الفردي إلى الاجتهاد الجماعي

مؤتمر الكويت وتأسيس المجامع

يُؤرَّخ لانطلاقة «الفقه الطبي» المعاصر حقلًا مؤسسيًا بالمؤتمر العالمي الأول للطب الإسلامي المنعقد في الكويت من 6 إلى 10 ربيع الأول 1401هـ الموافق 12–16 يناير 1981م، وقد أقرّ «الوثيقة الإسلامية للأخلاقيات الطبية» (دستور الطب الإسلامي)

متضمنةً القسم الطبي الإسلامي [29]. وتلاه تأسيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت (1404هـ/1984م) التي جمعت في ندواتها الفقهاء والأطباء لدراسة النوازل: بداية الحياة ونهايتها، والإنجاب المساعد، والوراثة والجينوم [30]، حتى صدر عنها «الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية» سنة 2004م [31]. وقد أسس هذا النموذج -فقيه وطبيب على طاولة واحدة -منهجَ «تحقيق المناط الجماعي» الذي صارت عليه قرارات المجامع. على أن هذه الوثائق مراجع أخلاقية معتبرة، لا تُعامل في المملكة معاملة النظام النافذ بذاتها ما لم يُحِل إليها نص مختص أو تتبنَّاها جهة مرخِّصة في أدلتها.

وفي السنة نفسها قرر مؤتمر القمة الإسلامي الثالث المنعقد بمكة المكرمة من 19 إلى 22 ربيع الأول 1401هـ الموافق 25–28 يناير 1981م إنشاء مجمع فقهي عالمي لمنظمة التعاون الإسلامي. ثم أُقر نظامه الأساسي في مؤتمر وزراء الخارجية الثالث عشر (1402هـ/1982م)، وعُقد المؤتمر التأسيسي للمجمع بمكة المكرمة من 26 إلى 28 شعبان 1403هـ الموافق 7–9 يونيو 1983م [32]. وتمثل هذه المحطة انتقالًا نوعيًا في صناعة الفتوى الطبية: من جواب فردي متفرق إلى منصة دائمة تجمع فقهاء المذاهب وخبراء الطب والقانون، وتصدر قرارات مرقمة بدورة وتاريخ مبنية على عروض علمية مسبقة. ولا يعني ذلك إلغاء الخلاف الفقهي المعتبر ولا إلزام كل قضاء وطني آليًا؛ لكنه يرفع جودة تصوير الوقائع، ويجعل مسار الاستدلال موثقًا قابلًا للمراجعة -وهي القيم نفسها التي مرت بك في تاريخ التجارب السريرية.

وقد استقر لدى الممارس سُلَّم لمصادر الأحكام في النوازل: فتاوى الجهات الرسمية المنوط بها الإفتاء (هيئة كبار العلماء واللجنة الدائمة)، ثم قرارات المجامع -وهي الأرجح منهجًا في النوازل المعقدة لجمعها الاجتهاد الجماعي إلى الخبرة الطبية -كمجمع الفقه الإسلامي الدولي بجدة، والمجمع الفقهي الإسلامي بمكة، ومجمع البحوث الإسلامية بالأزهر، وندوات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية؛ ثم فتاوى العلماء المعتبرين؛ ثم البحوث المحكمة مادةً للدرس لا مصدرًا للإلزام [4]. وبهذا السلم يُغلق باب عادتين خاطئتين: انتقاءِ فتوى شاذة لأنها توافق رغبة المريض أو المنشأة، وإسقاطِ قرار جماعي محكم بدعوى أن «في المسألة خلافًا».

الفتاوى المفصلية الأربع

الأولى: الموت الدماغي وأجهزة الإنعاش. وضعت العناية المركزة الفقهاء أمام

سؤال لم يعرفه المتقدمون. فأصدر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في دورته الثالثة بعمّان (8–13 صفر 1407هـ / 11–16 أكتوبر 1986م) القرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش، وقرر أن الشخص يُعتبر شرعًا قد مات وتترتب أحكام الوفاة إذا تبينت فيه إحدى علامتين: توقّفُ قلبه وتنفسه توقفًا تامًا بحكم الأطباء بأنه لا رجعة فيه؛ أو تعطُّلُ «جميع وظائف دماغه تعطلًا نهائيًا، وحكم الأطباء الاختصاصيون الخبراء بأن هذا التعطل لا رجعة فيه، وأخذ دماغه في التحلل. وفي هذه الحالة يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص، وإن كان بعض الأعضاء كالقلب مثلًا لا يزال يعمل آليًا بفعل الأجهزة» [33]. وهذا أول قرار فقهي جماعي عالميًا في هذه النازلة، وعليه بُنيت أنظمة التبرع بالأعضاء في كثير من البلاد الإسلامية.

ثم نظر المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في المسألة في دورته العاشرة بمكة المكرمة (24–28 صفر 1408هـ / أكتوبر 1987م)، فأجاز رفع الأجهزة إذا قررت لجنة من ثلاثة أطباء اختصاصيين خبراء أن وظائف الدماغ تعطلت تعطلًا نهائيًا لا رجعة فيه وإن كان القلب والتنفس يعملان آليًا؛ لكنه لم يرتب أحكام الوفاة الشرعية -من عدة وإرث ونحوهما -إلا بتوقف القلب والتنفس توقفًا تامًا بعد رفع الأجهزة [34]. فاحذر أن تقول إن المجمعين اتفقا في كل شيء: اتفقا على جواز الرفع بالشروط الطبية المشددة نفسها، واختلفا في التكييف -أهو موت شرعي كامل، أم مسوّغ لرفع الأجهزة مع تعليق أحكام الوفاة؟ وهو من أدق مواضع الخلاف الفقهي المعاصر، وتفصيله في فصل الموت الدماغي.

الثانية: الانتفاع بأعضاء الإنسان. وبنى المجمع الدولي على قرار الوفاة قرارًا ثانيًا مفصليًا هو القرار رقم 26 (1/4) بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حيًا كان أو ميتًا (الدورة الرابعة، جدة، 18–23 جمادى الآخرة 1408هـ / 6–11 فبراير 1988م) [35]. ومن نصوصه الحاكمة: جواز نقل العضو من مكان في جسم الإنسان إلى مكان آخر منه إذا كان النفع المتوقع أرجح من الضرر؛ وتحريم نقل عضو تتوقف عليه الحياة كالقلب من إنسان حي؛ وجواز النقل من ميت إلى حي تتوقف حياته أو سلامة وظيفة أساسية فيه عليه، بإذن الميت قبل موته أو ورثته بعده، أو بموافقة ولي أمر المسلمين إن كان مجهول الهوية أو لا ورثة له؛ وأن ذلك كله «مشروط بأن لا يتم ذلك بوساطة بيع العضو»، أما بذل المال من المستفيد عند الضرورة أو مكافأةً «فمحل

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

اجتهاد
ونظر» [35].

الثالثة: الإجهاض. حسم قرار هيئة كبار العلماء بالمملكة رقم (140) وتاريخ 1407/6/20هـ أحكام إسقاط الحمل تفصيلًا [36]: فالأصل أنه لا يجوز في مختلف مراحله إلا لمبرر شرعي وفي حدود ضيقة جدًا. ففي الطور الأول (الأربعين يومًا) يجوز لمصلحة شرعية معتبرة أو دفع ضرر متوقع، ولا يجوز خشيةَ المشقة في التربية أو العجز عن تكاليف المعيشة أو اكتفاءً بعدد من الأولاد. وفي طور العلقة والمضغة لا يجوز إلا بتقرير لجنة طبية موثوقة أن استمرار الحمل خطر على سلامة الأم بهلاكها، وبعد استنفاد الوسائل لتلافي الخطر. وبعد إكمال أربعة أشهر لا يحل إلا إذا قرر جمع من الأطباء الموثوقين أن بقاء الجنين يسبب موت أمه، دفعًا لأعظم الضررين. وهذا القرار هو العمود الفقري لأحكام الإجهاض في النظام الصحي السعودي.

الرابعة: البصمة الوراثية والنسب. تدرجت المعالجة الفقهية لهذا المستجد: فقررت ندوات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (ندوة الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري، الكويت 1419هـ/1998م) أن البصمة الوراثية قرينة علمية بالغة القوة [30]؛ ثم حسم المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي المسألة في دورته السادسة عشرة بمكة المكرمة (21–26 شوال 1422هـ / 5–10 يناير 2002م)، فقرر أنه لا مانع من الاعتماد عليها في إثبات النسب عند التنازع والاشتباه ونحوهما بضوابط، وأنه لا يجوز تقديمها على اللعان ولا استعمالها للتشكيك في الأنساب الثابتة، مع وجوب الضبط الصارم لإجراءات أخذ العينات وحفظها [37]. والدرس دقيق: لم يرفض الفقه التقنية ولم يسلّم لها القياد؛ بل قبلها قرينةً حيث يخدم اليقينُ العدالةَ، وقيّدها حيث يصطدم إطلاقها بمقصد أعلى هو حفظ الأنساب المستقرة.

خمسة عناصر تصلح لكل نازلة قادمة

تتكرر في هذه القرارات خمسة عناصر منهجية قابلة للتعميم: **تحريرُ محل النزاع أولًا** لأن الحكم يتبع الصورة وخلطُ الصور يفسد الحكم؛ **والموازنة الصريحة** فلا تُبنى منفعة المتلقي على إتلاف معصوم؛ **وحفظُ الكرامة وسدُّ باب الاتجار** بمنع البيع وترك التعويض محل نظر؛ **والربطُ بين القرارات** إذ أحال قرار الأعضاء في موت المتبرع إلى قرار الوفاة الصادر قبله، فالمنظومة تُبنى قرارًا فوق قرار لا فتاوى متناثرة؛ **والاعترافُ بحدود**

العلم بترك الصور المستجدة للدراسة بدل ادعاء جواب نهائي عن كل شيء. وهذه العناصر تصلح اليوم لمعالجة الذكاء الاصطناعي والتحرير الجيني وواجهات الدماغ والحاسوب.

ومع ذلك لا يكفي القرار الفقهي وحده لإجراء زراعة عضو في مستشفى سعودي اليوم؛ فثمة أنظمة وطنية ومعايير لتشخيص الوفاة وقوائمُ تخصيص وصيغُ موافقة موثقة. ومن هنا قاعدة يورثها هذا التاريخ الفقهي كله: **لا تخلط المستويات.** فالفتوى أو قرار المجمع يبين الحكم الشرعي في صورة معينة حُرِّرت؛ والنظام يصدر عن السلطة المختصة ويحدد الترخيص والإجراء والعقوبة وجهة الاختصاص؛ والسياسة المهنية تترجم ذلك كله إلى خطوات قابلة للتنفيذ داخل المنشأة. فلا تقل: «المجمع أجاز، إذن يحق لي الإجراء غدًا»، ولا تقل: «المستشفى سمح، إذن حُسم الخلاف الشرعي». الحكم الشرعي من أهله، والنظام من سلطته، والإجراء من سياسته المعتمدة.

المحطة السابعة: المسار السعودي المؤسسي -قرن من البناء (1343هـ–2025م)

من مصلحة الصحة العامة إلى الهيئة المهنية الوطنية

بدأ التنظيم الصحي الحديث في المملكة بإنشاء مصلحة الصحة العامة سنة 1343هـ/1925م ومقرها مكة المكرمة، ثم مديرية الصحة العامة والإسعاف سنة 1344هـ وتتابعت الأنظمة المبكرة -ومنها تنظيم مزاولة الطبابة والصيدلة -إلى أن صدر المرسوم الملكي عام 1370هـ/1951م بإنشاء وزارة الصحة [38]. وقيمة هذه المحطة أنها نقلت الرعاية من إحسان فردي ومرافق متفرقة إلى مسؤولية دولة تشمل الوقاية والترخيص والمستشفيات وصحة الحجيج ومكافحة الأوبئة. ويلفت النظر أن ضبط مزاولة الطبابة لم يكن إضافة متأخرة على البناء، بل كان من لبناته الأولى؛ فالترخيص المهني في التجربة السعودية قرين نشأة الصحة العامة نفسها، كما كان قرين البيمارستان في التجربة الإسلامية الأولى.

ثم أُسست الهيئة السعودية للتخصصات الصحية بالمرسوم الملكي رقم (م/2) وتاريخ 1413/2/6هـ (1992م) هيئةً علمية مهنية تتولى الإشراف على التدريب الصحي والتصنيف والتسجيل المهني ووضع أسس ممارسة المهن الصحية بما فيها أخلاقيات المهنة [39]. وصدر النظام الصحي بالمرسوم الملكي رقم (م/11) وتاريخ 1423/3/23هـ منظمًا مسؤولية الدولة عن الرعاية والسياسة الصحية والتكامل بين القطاعات [40].

وبهذا اكتملت ثلاثية البنية: وزارة تدير وتشرف، وهيئة مهنية تؤهل وتصنف وتضع المعايير، ونظام عام يوزع الأدوار -وهي الصيغة التي تحوّل بها «الطبيب الجيد» من أمنية أخلاقية إلى ثمرة يمكن تعليمها وقياسها ومساءلتها.

التقنين: القيم تصبح واجبات محددة

توّج المسار التنظيمي بصدور نظام مزاولة المهن الصحية بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ ولائحته التنفيذية (1439/1/2هـ) [9]. وتنص مادته الخامسة على الإطار القيمي للممارسة كلها: «يزاول الممارس الصحي مهنته لمصلحة الفرد والمجتمع في نطاق احترام حق الإنسان في الحياة وسلامته وكرامته، مراعيًا في عمله العادات والتقاليد السائدة في المملكة، مبتعدًا عن الاستغلال» [9]. وتنص مادته السابعة على واجب التعلم وحدود الوسائل المقبولة: «أ-يجب على الممارس الصحي أن يعمل على تنمية معلوماته، وأن يتابع التطورات العلمية والاكتشافات الحديثة في مجال تخصصه. ب-يجب على الممارس الصحي ألا يمارس طرق التشخيص والعلاج غير المعترف بها علميًا، أو المحظورة في المملكة»[9].

ودلالة هذين النصين التاريخية عميقة. فالكرامة وعدم الاستغلال -وهما قيمتان أخلاقيتان عند الرهاوي ومقصد في الفقه -صارا واجبًا نظاميًا داخل تعريف المزاولة ذاته. وواجب متابعة الدليل وحظر الطرق غير المعترف بها هو الترجمة النظامية لإرث المحطات العلمية من زيميلفايس إلى الطب المبني على الدليل؛ فلا يعفي قِدَمُ الوصفة ولا حداثةُ الجهاز من معيار الاعتراف العلمي والترخيص. كما نصت اللائحة التنفيذية على سريان دليل أخلاقيات المهنة والأدلة التي تعتمدها الهيئة على الممارسين [9، 41]، فصار الدليل الأخلاقي ساريًا بنص اللائحة لا مجرد نصيحة. ورتّب النظام المسؤولية الطبية في ثلاثة مسارات: مدنية بالتعويض، وجزائية في المخالفات الجسيمة، وتأديبية بالجزاءات المهنية؛ وأنشأ «الهيئات الصحية الشرعية» جهةَ نظر في قضايا الأخطاء الطبية تستعين بخبراء الفقه والطب -في امتداد مباشر لقاعدة الضمان النبوية.

ثم صدر نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1431/9/14هـ بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (321) وتاريخ 1431/9/13هـ [42]. وقد نقل مواثيق نورمبرغ وهلسنكي وبلمونت من التزام أدبي إلى بنية وطنية كاملة: لجنة وطنية للأخلاقيات الحيوية، ولجان محلية، وموافقة «بعد التبصير» شرطًا نظاميًا لأي

بحث على إنسان، ورجحانُ المصلحة على الضرر المحتمل، وحظرُ الاستغلال والإكراه، وتقييدُ استعمال العينة بالغرض المأذون فيه، ورقابةٌ وعقوبات. فلم يعد امتثال الباحث السعودي لتلك المبادئ إحسانًا اختياريًا، بل التزامًا نظاميًا مسندًا إلى مرجعية شرعية - وهذا درس توسكيجي وقد صار نصًا وطنيًا.

من الهيئات الصحية الشرعية إلى القضاء العام

وشهد العقد الأخير تحولًا إجرائيًا مفصليًا. فبعد عقود كانت فيها الهيئات الصحية الشرعية جهةَ النظر في قضايا الأخطاء المهنية الصحية، أعلنت وزارتا العدل والصحة اكتمال انتقال اختصاصات هذه الهيئات إلى القضاء العام في 1444/5/10هـ الموافق 4 ديسمبر 2022م؛ فصارت دعاوى الأخطاء المهنية الصحية -في الحق الخاص كالدية والتعويض والأرش، وفي الحق العام في المخالفات ذات الصلة -تنظرها دوائر متخصصة في المحاكم العامة [43].

ولذلك إذا طُلب منك اليوم رفع دعوى خطأ مهني صحي «إلى الهيئة الصحية الشرعية»، فالتصرف الصحيح أن تبيّن أن الاختصاص انتقل، وأن الدعوى تُنظر أمام المحكمة أو الدائرة المختصة. وهذا التحول لا يغيّر معيار العناية الطبية الموضوعي، لكنه يغير مسار الدعوى والإثبات ودرجات التقاضي. وهو الشاهد التطبيقي الأوضح على قاعدة «القطع المرجعي» التي يلتزمها هذا الكتاب: قد يبقى التحليل الأخلاقي والفقهي صحيحًا بينما يصبح العنوان الإجرائي القديم خطأً مهنيًا.

العضوية المهنية والقسم الرسمي

واعتمد مجلس أمناء الهيئة السعودية للتخصصات الصحية لائحة عضوية الهيئة بالقرار رقم (5/أ/2024) وتاريخ 25 أغسطس 2024م، ونُشرت في جريدة أم القرى في 7 مارس 2025م؛ وألزمت مادتها الثلاثون العضوَ العامل بميثاق أخلاقيات الممارس الصحي الصادر عن الهيئة، وبمتطلبات التطوير المهني المستمر، وبالواجبات المقررة في نظام مزاولة المهن الصحية والأنظمة واللوائح ذات الصلة [44]. ثم اعتمد مجلس الأمناء -استنادًا إلى نظام الهيئة الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/2) وتاريخ 1413/2/6هـ، وبعد توصية اللجنة التنفيذية في محضر اجتماعها الثاني لعام 2025م -صيغة القسم الرسمي للممارس الصحي، ونصه: «أقسم بالله العظيم أن أراقب الله في مهنتي، ملتزمًا بأخلاقيات المهنة وأنظمتها، ومقدمًا الرعاية الصحية الآمنة دون تمييز، ومحافظًا على كرامة

الإنسان، وكاتمًا لأسراره، والله على ما أقول شهيد» [45].

وهذا النص يلخص قوس الفصل كله في سطر واحد: مراقبةُ الله (البعد الإيماني)، وأخلاقياتُ المهنة (إرث الرهاوي والمواثيق)، وأنظمتُها (إرث التقنين)، والرعايةُ الآمنة (إرث سلامة المرضى)، وعدمُ التمييز (إرث نورمبرغ وتوسكيجي وبلمونت)، والكرامةُ (المادة الخامسة والمقاصد)، وكتمانُ السر (من قسم أبقراط إلى النظام الحديث). لكن القسم -بطبيعته -يعلن الالتزام ولا يفصّله؛ فلا يغني أداؤه عن معرفة المواد التفصيلية ولا عن طلب الاستشارة عند الإشكال.

التأصيل الأكاديمي والمهني

واكتملت الحلقة الأخيرة بتحول أخلاقيات المهنة والفقه الطبي إلى تخصص أكاديمي له مؤسساته. فأصدرت الهيئة السعودية للتخصصات الصحية دليل «أخلاقيات الممارس الصحي» مرجعًا وطنيًا للسلوك المهني [41]. وصدرت مراجع موسوعية رصينة: «موسوعة أخلاقيات مهنة الطب» للدكتور محمد علي البار والدكتور عدنان البار والدكتور حسان شمسي باشا [46]، و«أخلاقيات الطب» للأستاذ الدكتور جمال الجارالله [47]، و«موسوعة الفقه الطبي» للدكتور خالد الجابر وآخرين [48]، وكتاب «الفقه الطبي» الصادر عن الجمعية العلمية السعودية للدراسات الطبية الفقهية [49]، و«الأحكام الفقهية لقضايا الطب والدواء» الذي أعدته نخبة من أساتذة الأزهر [50]. وقامت جمعيات علمية متخصصة تجمع أهل الشريعة والطب، وأُنشئت كراسٍ بحثية وبرامج للدراسات العليا في أخلاقيات المهنة الطبية في جامعات المملكة [4، 5]. فصار في البلد جهاز معرفي كامل يستقبل كل نازلة تقنية جديدة بالمنهج نفسه: تصوير دقيق، فتأصيل، فتقنين، فتعليم.

قراءات تحليلية بقالب الأركان الأربعة

القراءة الأولى: حادثة بغداد وامتحان الأطباء (319هـ)

الواقعة. وفاة رجل بخطأ متطبب، فامتحن سنان بن ثابت بأمر الخليفة نحو 860 طبيبًا في بغداد، ومُنع من لم يجتز، وصارت الإجازة شرط مزاولة [4، 5].

الدلالة بالأركان. طبيًا: الكفاءة شرط سلامة لا ترف؛ فالمريض لا يملك تقييم معالجه، والجهة العامة تملك. وأخلاقيًا: العدالة تقتضي حماية الناس من الادعاء، وحماية المؤهلين من منافسة الأدعياء. وفقهيًا: تطبيق مبكر لقاعدة الضمان النبوية [8]،

ولواجب ولي الأمر في دفع الضرر العام. ونظاميًا: هي الجد الأعلى لأنظمة الترخيص والتصنيف المعاصرة، ومنها التصنيف والتسجيل لدى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية [39].

القرار المهني الموزون. استوفِ تصنيفك وترخيصك، والتزم حدود اختصاصك، وأبلغ عن الممارسة غير المؤهلة؛ فالمساءلة لم تنشأ عداءً للأطباء بل حمايةً للمهنة، ومن قاوم التقنين قاوم ما يحفظ شرف صنعته.

القراءة الثانية: توسكيجي (1932–1972م)

الواقعة. ستمائة رجل من الفقراء السود رُوقبوا أربعين سنة بلا إخبار صادق ولا علاج مع توافر البنسلين، حتى أُوقفت الدراسة بالفضيحة لا بالضمير [23].

الدلالة بالأركان. طبيًا: سؤال بحثي فقد قيمته العلمية بعد توافر العلاج القياسي فصار عبثًا مؤذيًا؛ فاستمرار البحث بلا مبرر علمي خطأ منهجي قبل أن يكون جريمة أخلاقية. وأخلاقيًا: انتهاك مركب -خداع، واستغلال فئة ضعيفة، وتمييز عرقي، وترك علاج واجب. وفقهيًا: اجتمع فيه الكذب المحرم، والإضرار العمد بالمعصوم، وترك الواجب مع القدرة -وكلها موجبات ضمان وإثم؛ ولا تصح «مصلحة العلم» مسوغًا لإتلاف حق معصوم. ونظاميًا: وُلد منه تقرير بلمونت ولوائح حماية المشاركين ولجان المراجعة [23]، وصار في المملكة نصًا نافذًا في نظام أخلاقيات البحث [42].

القرار المهني الموزون. لا تشارك في بحث إلا بموافقة لجنة أخلاقيات مختصة وموافقة مبصَّرة موثقة، واسأل قبل ذلك أسئلة العدالة الثلاثة؛ فالرقابة الأخلاقية المستقلة ليست بيروقراطية زائدة، والانتهاك الكبير يبدأ صغيرًا في بيئة بلا رقيب. والمواثيق تُكتب غالبًا بدم الضحايا -والأولى أن تُكتب قبلهم.

القراءة الثالثة: نازلة أجهزة الإنعاش أمام المجمعين (1986–1987م)

الواقعة. مريض تعطل دماغه كله تعطلًا نهائيًا وقلبه ينبض بالأجهزة -أحيٌّ هو أم ميت؟ فأجاب مجمع جدة بعلامتي الوفاة وتسويغ رفع الأجهزة [33]، وأجاز مجمع الرابطة الرفعَ مع تعليق أحكام الوفاة على توقف القلب بعده [34].

الدلالة بالأركان. طبيًا: تحرير المناط -ما الموت الدماغي؟ وما يقين تشخيصه؟ - سبق الحكم، وجلس الأطباء مع الفقهاء في القاعة نفسها. وأخلاقيًا: توازن بين حرمة الحياة، ومنع العبث بجسد من مات دماغه، ورحمة الأهل، وعدالة توزيع موارد العناية

الحرجة. وفقهيًا: نموذج للاجتهاد الجماعي ولأدب الخلاف حين اختلف المجمعان في التكييف مع اتفاقهما على جواز الرفع بشروطه. ونظاميًا: بُنيت على القرارين بروتوكولاتُ الوفاة الدماغية وتنظيمُ التبرع بالأعضاء.

القرار المهني الموزون. أتمِم البروتوكول الوطني بشروطه كاملة، ووثّق، واشرح للأسرة بلغة رحيمة أن رفع الأجهزة بعد ثبوت التشخيص ليس «قتلًا» بل إنهاءٌ لتدخل لم يعد له محل، وأحِل الخلاف الباقي إلى اللجنة المختصة. فالنوازل الكبرى لا يحسمها فقيه بلا طبيب ولا طبيب بلا فقيه.

أربع قواعد عمل يرثها الطبيب

إذا وضعت محطات الفصل بعضها بجوار بعض ظهر أن التاريخ لم يجرِ في خطوط متوازية، بل في نهر واحد تتبادل روافده الماء: فمدونة نورمبرغ (محطة أخلاقية) صارت موافقة «بعد التبصير» في نظام وطني (محطة نظامية)؛ وتحرير الفقهاء لعلامتي الوفاة (محطة فقهية) استند إلى حكم «الأطباء الاختصاصيين الخبراء» (محطة طبية) وينتظر البروتوكول الوطني لينفَّذ (محطة نظامية)؛ وواجب متابعة الدليل العلمي (محطة طبية) صار نص المادة السابعة (محطة نظامية) وهو في الوقت نفسه مقتضى الأمانة (محطة فقهية أخلاقية). فأنت لا تقف عند تقاطع أربعة طرق لتختار أحدها؛ أنت تقف في نقطة صبّت فيها الطرق الأربعة كلها. ويورث هذا التركيب أربع قواعد تختبر بها أي قرار سريري:

قاعدة الدليل: ما مصدر معرفتي بأن هذا ينفع؟ وهل يصمد أمام مراجعة مستقلة؟ (إرث المحطات العلمية).

قاعدة الإنسان: هل رضا هذا المريض حر ومبصَّر؟ وهل عدالة الاختيار والوصول محفوظة؟ (إرث المواثيق).

قاعدة المشروعية: ما حكم هذه الصورة بعينها بعد تحرير واقعتها، لا حكم ما يشبهها في الاسم؟ (إرث المجامع).

قاعدة الاختصاص: ما النص النافذ اليوم، ومن الجهة المختصة، وما الإجراء الموثق؟ (إرث التقنين السعودي).

ومتى تعارضت القواعد في الظاهر -كدليل علمي يغري بتجاوز موافقة، أو رغبة مريض تخالف نظامًا نافذًا -فليس الحل إلغاء قاعدة لحساب أخرى، بل إعادة تصوير الواقعة والصعود إلى الجهة التي تملك الترجيح: اللجنة الأخلاقية، أو المفتي المختص، أو

الإدارة النظامية، أو القضاء. فالتاريخ كله شاهد على أن أسوأ الكوارث وقعت حين ظن فريق واحد أنه يملك الأركان الأربعة وحده.

أين يقع الخطأ عادةً؟

- الاستدلال بقسم أبقراط وحده مرجعًا شاملًا، واختزالُ منظومة كاملة في شعارها.
- توجيه دعوى خطأ مهني صحي إلى «الهيئة الصحية الشرعية» بعد انتقال اختصاصها إلى القضاء العام.
- خلط المستويات: «المجمع أجاز فيحق لي غدًا»، أو «المستشفى سمح فحُسم الخلاف الشرعي».
- الظن أن المجمعين اتفقا في كل شيء في الموت الدماغي، وإغفالُ الفرق في ترتيب أحكام الوفاة.
- اعتماد أداة ذكاء اصطناعي فورًا لأنها «معتمدة عالميًا» بلا تحقق محلي، خلافًا للمادة السابعة.
- نسبة الإنجاز كله إلى بطل فرد، ومحاكمةُ الماضي بمصطلحات اليوم، والاحتفالُ بالتقدم بلا حساب كلفته.
- الخلط بين الجهات: نسبةُ قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي إلى المجمع الفقهي برابطة العالم الإسلامي أو إلى هيئة كبار العلماء، ونقلُ القرارات بالذاكرة لا بأرقامها وتواريخها.

خلاصة عملية

هنا ينتهي الكتاب، وهنا يبدأ ما هو أهم منه.

أنت وريث سلسلة موصولة تمتد من خيمة رفيدة وبيمارستان الوليد وامتحانات سنان، مرورًا بقسم أبقراط وأدب الرهاوي ونقد ابن النفيس، إلى سماعة لينيك ولقاح جينر ويدَي زيميلفايس وبنسلين أكسفورد، إلى مواثيق نورمبرغ وجنيف وهلسنكي، إلى قرارات عمّان وجدة ومكة والكويت والرياض، إلى نظام مزاولة المهن الصحية والقسم الرسمي الذي أدّيته.

وبعض هذه المحطات نجاحات باهرة: لقاح هزم الجدري حتى مُحي من الأرض، وأداة خشبية بسيطة قرّبت صدر المريض من أذن الطبيب ففتحت علمًا كاملًا، ومؤسسات نقلت الرعاية من إحسان متفرق إلى مسؤولية عامة منظمة. وبعضها جروح غائرة: تجارب

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

قسرية بأيدي أطباء، ومرضى حُجب عنهم علاج متاح أربعين سنة باسم العلم، ونظريات عاشت قرونًا لأن سلطة أصحابها حمتها من السؤال. والنوعان معًا ضروريان لتكوينك؛ فالنجاح يعلّمك ما يستطيعه العلم، والجرح يعلّمك لماذا يحتاج العلم إلى حدود وضمير ونظام.

ولا يطلب منك التاريخ أن تسكن الماضي، بل ألا تعيد إنتاج أسوئه. فحين تقول «لا أعلم بعد» ثم تختبر ادعاءك، وتبصّر مريضك وتحترم رفضه كما تحترم قبوله، وتطلب المراجعة المستقلة ولا تضيق بها، وتحرر صورة النازلة قبل نقل حكمها، وتتحقق من النص النافذ قبل الاستشهاد به -فأنت تمارس التاريخ ممارسةً حية لا تدرسه دراسةً ميتة.

وحين تقسم أن تراقب الله في مهنتك، ثم تجعل السلامة والكرامة والسرية والتعلم أفعالًا يومية موثقة في ملف مريضك لا شعارات على جدار، تتحول هذه المحطات كلها من صور في شرائح عرض إلى ضمير مهني يمشي في أروقة المستشفى.

ومن عرف كيف كُتبت هذه الصفحات -وبأي ثمن كُتب بعضها -عرف لماذا لا يجوز أن تُمحى.

أسئلة التقويم -خمسة أسئلة

1. قال لك زميل أثناء جولة: «قسم أبقراط وحده يكفي كمرجع أخلاقي للطبيب». ما أدق رد؟

أ) صحيح، فالقسم أقدم ميثاق وأشمله

ب) القسم رمز يجمع المهنة على هوية أخلاقية، لكنه لا يفصّل قضايا البحث والبيانات وعمل الفريق، ويتولاها المواثيق والأدلة والأنظمة

ج) خطأ، فالقسم نص وثني لا يجوز الاستشهاد به

د) صحيح إذا أُدّي في حفل التخرج رسميًا

2. مريض تضرر من علاج قدمه شخص لا يحمل ترخيصًا ولا يُعرف له طب. ما القاعدة الشرعية المؤسِّسة لمسؤوليته؟

أ) حديث «من تطبب ولم يعلم منه طب قبل ذلك فهو ضامن»

ب) قاعدة الضرورات تبيح المحظورات

ج) قاعدة العادة محكَّمة

د) قاعدة الأمور بمقاصدها

3. ما أخطر ما تكشفه مأساة توسكيجي (1932–1972م) للممارس اليوم؟

أ) أن الانتهاك يقع فقط في ظروف الحرب والأنظمة المجرمة

ب) أن الانتهاك وقع داخل برنامج صحي مدني بأيدي من رأوا أنفسهم علماء، وأن النص وحده لا يكفي بلا لجان مستقلة ومساءلة

ج) أن البنسلين لم يكن متاحًا حينها فلم يقع تقصير

د) أن الدراسة أُوقفت بضمير الباحثين أنفسهم

4. أثناء مناقشة حالة موت دماغي، قال أحدهم إن المجمعين اتفقا في كل شيء. ما الفرق الدقيق بين قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 17 (5/3) وقرار المجمع الفقهي برابطة العالم الإسلامي؟

أ) لا فرق بينهما البتة

ب) الأول منع رفع الأجهزة والثاني أجازه

ج) الأول أجاز رفع الأجهزة والثاني منعه

د) الأول رتّب أحكام الوفاة الشرعية، والثاني أجاز الرفع لكن علّق أحكام الوفاة على توقف القلب والتنفس

5. طلب منك رئيسك رفع دعوى خطأ مهني صحي إلى «الهيئة الصحية الشرعية». ما التصرف الصحيح اليوم؟

أ) التوجه إلى الهيئة الصحية الشرعية كما ذُكر

ب) بيان أن اختصاصات هذه الهيئات انتقلت إلى القضاء العام، فتُنظر الدعوى أمام المحكمة أو الدائرة المختصة

ج) رفع الأمر إلى مجمع الفقه الإسلامي الدولي

د) الاكتفاء بالتحقيق الداخلي في المنشأة دون جهة قضائية

مفتاح الإجابات

1) ب • 2) أ • 3) ب • 4) د • 5) ب

مراجع الفصل

الأرقام بين معقوفتين في الملخص تحيل إلى هذه القائمة، وقد اقتُصر فيها على ما أُحيل إليه في هذا الفصل مرتبًا بحسب أول ورود.

[1]Nutton, V. (1995). What's in an oath? Journal of the Royal College of Physicians of London, 29(6), 518–.524

[2]Greiner, A. M., & Kaldjian, L. C. (2018). Rethinking medical oaths using the Physician Charter and ethical virtues. Medical Education, 52(8), 826–837. DOI

[3] الغزالي، أبو حامد محمد بن محمد. (د.ت.). إحياء علوم الدين. دار المعرفة. (تعريف الخلق، كتاب رياضة النفس).

[4] ملف «تاريخ المهنة» وعروض الدكتور محمد سعيد الغامدي («تاريخ الطب وأخلاق المهنة»، و«محطات مهمة في تاريخ الفقه الطبي وخلق المهنة»)، مجلد المعضلات. مصادر داخلية حررت واستكملت بالتحقق حتى تاريخ القطع.

[5] الغامدي، محمد سعيد. «قدوات تاريخية ومواقف خالدة في تاريخ المهنة الطبية» (عرض تقديمي)، مجلد المعضلات؛ ومصادره: ابن جلجل، طبقات الأطباء والحكماء؛ وخير الله، أمين أسعد، الطب العربي.

[6]Tibi, S. (2006). Al-Razi and Islamic medicine in the 9th century. Journal of the Royal Society of Medicine, 99(4), 206–207. DOI

[7]Miller, A. C. (2006). Jundi-Shapur, bimaristans, and the rise of academic medical centres. Journal of the Royal Society of Medicine, 99(12), 615–.617

[8] أبو داود، سليمان بن الأشعث السجستاني. (2009). سنن أبي داود (شعيب الأرنؤوط ومحمد كامل قره بللي، محققان). دار الرسالة العالمية. (الحديث 4586: «من تطبب ولم يعلم منه طب فهو ضامن»؛ وأخرجه النسائي وابن ماجه برقم 3466، وحسنه الألباني في السلسلة الصحيحة برقم 635).

[9] المملكة العربية السعودية. (1426هـ). نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، ولائحته التنفيذية الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 1439/1/2هـ؛ وما تضمنه من الهيئات الصحية الشرعية والمسؤوليات المدنية والجزائية والتأديبية. المصدر الرسمي

[10] النتشة، محمد عبد الجواد. (د.ت.). المسائل الطبية المستجدة في ضوء الشريعة الإسلامية. ج1.

[11]West, J. B. (2008). Ibn al-Nafis, the pulmonary circulation, and the Islamic Golden Age. Journal of Applied Physiology, 105(6), 1877–1880. DOI

[12]Levey, M. (1967). Medical ethics of medieval Islam, with special reference to al-Ruhāw'īs "Practical Ethics of the Physician". Transactions of the American Philosophical Society, 57(3), 1–.100

[13] جورنجر، ج. س.، والزنداني، عبد المجيد، وأحمد، مصطفى. (د.ت.). نظرة تاريخية في علم الأجنة. ضمن أبحاث الإعجاز العلمي في القرآن والسنة (المكتبة الشاملة).

[14]Riedel, S. (2005). Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination. Proceedings (Baylor University Medical Center), 18(1), 21–.25

[15]World Health Assembly. (1980). Resolution WHA33.3: Declaration of global eradication of smallpox (8May 1980). World Health Organization.

[16]Roguin, A. (2006). Rene Theophile Hyacinthe Laënnec (1781–1826): The man

behind the stethoscope. Clinical Medicine & Research, 4(3), 230–.235

[17]Gaynes, R. (2017). The discovery of penicillin-new insights after more than 75 years of clinical use. Emerging Infectious Diseases, 23(5), 849–853. DOI

[18]Nobel Prize Outreach. (1945). The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1945: Sir Alexander Fleming, Ernst B. Chain, Sir Howard Florey. الرابط

[19]Medical Research Council. (1948). Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis: A Medical Research Council investigation. BMJ, 2(4582), 769–.782

[20]World Health Organization. (2021/2019). Resolution WHA72.6: Global action on patient safety (May 2019); and Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. المصدر الرسمي

[21]World Health Organization. (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance (28June 2021). المصدر الرسمي

[22]The Nuremberg Code. (1947). In: Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals. U.S. Government Printing Office.

[23]National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). The Belmont Report. U.S. Department of Health and Human Services.

[24]World Medical Association. (2017/1948). WMA Declaration of Geneva: The Physician's Pledge (adopted 1948; amended 2017). المصدر الرسمي

[25]World Medical Association. (2024/1964). WMA Declaration of Helsinki (adopted 1964; latest revision, 75th WMA General Assembly, Helsinki, October 2024). المصدر الرسمي

[26]UNESCO. (2005). Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (October 2005). الرابط

[27]Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 497U.S. 261(U.S. Supreme Court, 1990).

[28] قضايا نهاية الحياة الأمريكية: Oregon Death with Dignity Act (أقر 1994م ونفذ 1997م)؛ People v. Kevorkian (إدانة 1999م)؛ وقضية Theresa Schiavo (1990–2005م).

[29] المؤتمر العالمي الأول للطب الإسلامي. (1981). الوثيقة الإسلامية للأخلاقيات الطبية (دستور الطب الإسلامي) والقسم الطبي الإسلامي. الكويت، ربيع الأول 1401هـ/ يناير 1981م.

[30] المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. (1998). ندوة الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم

البشري والعلاج الجيني -رؤية إسلامية، الكويت، 1419هـ/1998م، وتوصياتها في البصمة الوراثية.

[31] المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. (2004). الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية. الكويت.

[32] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. التأسيس: قرار مؤتمر القمة الإسلامي الثالث (مكة المكرمة، 19–22 ربيع الأول 1401هـ / 25–28 يناير 1981م) بإنشاء المجمع، وإقرار النظام الأساسي في مؤتمر وزراء الخارجية الثالث عشر (1402هـ/1982م)، والمؤتمر التأسيسي بمكة المكرمة (26–28 شعبان 1403هـ / 7–9 يونيو 1983م). المصدر الرسمي

[33] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1986). القرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش. قرارات وتوصيات الدورة الثالثة، عمان، 8–13 صفر 1407هـ / 11–16 أكتوبر 1986م. منظمة التعاون الإسلامي. المصدر الرسمي

[34] المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي. (1408هـ). القرار الثاني بشأن أجهزة الإنعاش (موت الدماغ). قرارات الدورة العاشرة، مكة المكرمة، 24–28 صفر 1408هـ / أكتوبر 1987م. رابطة العالم الإسلامي.

[35] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. (1988). القرار رقم 26 (1/4) بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حيًا كان أو ميتًا. قرارات وتوصيات الدورة الرابعة، جدة، 18–23 جمادى الآخرة 1408هـ / 6–11 فبراير 1988م. المصدر الرسمي

[36] هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية. (1407هـ). القرار رقم (140) وتاريخ 1407/6/20هـ في حكم إسقاط الحمل في مختلف مراحله. الرئاسة العامة للبحوث العلمية والإفتاء.

[37] المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي. (1422هـ). قرار بشأن البصمة الوراثية ومجالات الاستفادة منها. قرارات الدورة السادسة عشرة، مكة المكرمة، 21–26 شوال 1422هـ / 5–10 يناير 2002م. رابطة العالم الإسلامي.

[38] وزارة الصحة السعودية. نبذة تاريخية: مصلحة الصحة العامة (1343هـ/1925م، مكة المكرمة)، ومديرية الصحة العامة والإسعاف (1344هـ)، وإنشاء وزارة الصحة بمرسوم ملكي عام 1370هـ/1951م. المصدر الرسمي

[39] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. النشأة والتأسيس: المرسوم الملكي رقم (م/2) وتاريخ 1413/2/6هـ (1992م). المصدر الرسمي

[40] المملكة العربية السعودية. (1423هـ). النظام الصحي، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/11) وتاريخ 1423/3/23هـ.

[41] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. (2014). أخلاقيات الممارس الصحي (ط. 3). الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

[42] المملكة العربية السعودية. (1431هـ). نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية،

الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1431/9/14هـ، بناء على قرار مجلس الوزراء رقم (321) وتاريخ 1431/9/13هـ.

[43] وكالة الأنباء السعودية (واس). (2022). نقل اختصاصات الهيئات الصحية الشرعية إلى القضاء (إعلان وزارتي العدل والصحة اكتمال الانتقال في 1444/5/10هـ الموافق 4 ديسمبر 2022م). الرابط

[44] جريدة أم القرى. (2025). لائحة عضوية الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، المعتمدة بقرار مجلس أمناء الهيئة رقم (5/أ/2024) وتاريخ 25 أغسطس 2024م، المنشورة في 7 مارس 2025م (المادة الثلاثون). المصدر الرسمي

[45] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. (2025). القسم الرسمي للممارس الصحي (اعتمده مجلس الأمناء استنادًا إلى نظام الهيئة الصادر بالمرسوم الملكي رقم م/2 وتاريخ 1413/2/6هـ وبعد توصية اللجنة التنفيذية في محضر اجتماعها الثاني لعام 2025م). المصدر الرسمي

[46] البار، محمد علي، والبار، عدنان، وشمسي باشا، حسان. (د.ت.). موسوعة أخلاقيات مهنة الطب.

[47] الجار الله، جمال بن صالح. (2022). أخلاقيات الطب (ط. 1، 1443هـ).

[48] الجابر، خالد بن عبد الله، وآخرون. (د.ت.). موسوعة الفقه الطبي.

[49] الجمعية العلمية السعودية للدراسات الطبية الفقهية. (د.ت.). الفقه الطبي.

[50] جامعة الأزهر -قطاع الشريعة والقانون. (د.ت.). الأحكام الفقهية لقضايا الطب والدواء (إعداد نخبة من أعضاء هيئة التدريس بقسمي الفقه والفقه المقارن).

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

خاتمة

قرأت في هذا الكتاب واحدًا وخمسين فصلًا وأكثر من مئتي حالة، ومئات الأسئلة. وقد تسأل: ما الذي يبقى من هذا كله حين تقف وحدك أمام مريض في الثالثة فجرًا؟ الجواب أن الذي يبقى ليس التفاصيل، بل **عادات في التفكير** رأيتها تتكرر في كل فصل حتى صارت منهجًا. وهذه أهمها:

الواقع قبل الحكم. ما من فصل إلا وتبين فيه أن أخطر مداخل الخطأ بناءُ الحكم على تصوير ناقص: «ميؤوس منه» قبل إثبات انتفاء الجدوى، و«ضرورة» قبل إثباتها بشروطها، و«خطأ» قبل تمييزه من المضاعفة. فأتقن الواقعة الطبية أولًا؛ فإنك إن أخطأت فيها أخطأت فيما بعدها كله.

المريض شخص لا حالة. صوته -إن كان قادرًا -عمود القرار في الإذن والرفض والإفصاح ونهاية الحياة. والأسرة شريكٌ بإذنه لا بديل عن صوته. والكرامة تلازمه صحيحًا ومريضًا، حيًّا وميتًا.

الإذن قرار لا ورقة، والسر أمانة لا معلومة. النموذج الموقّع يوثّق ولا يغني عن فهمٍ متحقَّق. والمعلومة التي وصلتك بسبب عملك لا تفتحها إلا لحاجة، ولا تنقلها إلا بمسوغ، ولا تعطي منها إلا القدر اللازم.

الصدق رحمة. الحقيقة حق المريض تُبلَّغ بتدرج ورحمة؛ والخطأ يُفصح عنه لأنه واجب لا لأن أحدًا طالب به. والممارس الذي أخطأ يحتاج إلى نظام يتعلم لا إلى نظام يلوم.

ليس كل ممكن واجبًا. القدرة التقنية لا تنشئ وحدها وجوبًا. والتدخل يوزن بهدفه وجدواه وعبئه ومآله. وفي نهاية الحياة طريق ثالث بين تعجيل الموت المحرم والتعذيب العلاجي بلا جدوى: رعاية تلطيفية فاعلة، وتسكين متناسب، وقرارات موثقة على الدليل والنص.

النصوص بمراتبها. فرِّق بين النظام واللائحة والدليل والسياسة والفتوى وقرار المجمع. ولا تقل «هناك فتوى» بلا رقم ولا نطاق. وما لم تجد فيه نصًّا فارجع إلى القواعد الكلية، ثم إلى الاستشارة، ولا تحسم وحدك ما يحتمل الاجتهاد.

اكتب. القرار الذي لم يُوثَّق وقت اتخاذه لا يحميك ولا يحمي مريضك. والكتابة أمانة قبل أن تكون دليلًا: ماذا قررت، ولماذا، وما الذي استبعدت، ومتى تراجع.

هذه العادات لا تُحفظ من ورقة، بل تُبنى بالتكرار: بحالةٍ تحللها كل أسبوع، وبسؤالٍ تطرحه على من هو أعلم منك، وباعتراف بخطأ حين يقع. فإن فعلت ذلك صارت المعضلة في يدك مسألةً لها طريق، لا حيرةً تُشلّ.

والحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وصلى الله وسلم على نبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

ملاحق الكتاب

الملحق الأول: كشاف الفتاوى والقرارات والأنظمة

قرارات مجمع الفقه الإسلامي الدولي ورابطة العالم الإسلامي • قرارات هيئة كبار العلماء وفتاوى اللجنة الدائمة • الأنظمة واللوائح بمراسيمها • الأدلة والسياسات الوطنية • بالترقيم الرسمي الموحد

تاريخ القطع المرجعي: 6 سبتمبر 2026م

محتويات الفصل

أولًا: قرارات مجمع الفقه الإسلامي الدولي (منظمة التعاون الإسلامي)
ثانيًا: قرارات المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي (مكة المكرمة)
ثالثًا: قرارات مجلس هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية
رابعًا: فتاوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء
خامسًا: فتاوى وجهات إفتاء أخرى
سادسًا: الأنظمة السعودية
سابعًا: اللوائح التنفيذية
ثامنًا: الأدلة والسياسات والوثائق الوطنية
منهج الاستدراك

عناوين المحتويات وأرقام الإحالات قابلة للنقر داخل برنامج وورد.

الملحق الأول: كشاف الفتاوى وقرارات المجامع والأنظمة واللوائح والسياسات الوطنية

بطاقة الملحق. كشاف جامع لكل ما استند إليه الكتاب من قرارات الاجتهاد الجماعي والفتاوى والأنظمة واللوائح والأدلة والسياسات الوطنية، مرتبًا بحسب جهة الإصدار، مع بيان رقم كل نص وتاريخه وموضوعه وأرقام الفصول التي ورد فيها. اعتُمد في ترقيم قرارات مجمع الفقه الإسلامي الدولي الصيغة العربية الرسمية المعتمدة في خطة التحرير: رقم القرار ثم بين قوسين (رقم الدورة/ترتيب القرار في الدورة) -مثل 67 (5/7) أي القرار الخامس للدورة السابعة؛ ويُنبَّه إلى أن الطبعة الإنجليزية لقرارات المجمع تعكس الرقمين، وكلاهما صحيح النسبة. تاريخ القطع المرجعي: 6 سبتمبر 2026م؛ ويُقدَّم النص الرسمي الأحدث عند التطبيق.

أولًا: قرارات مجمع الفقه الإسلامي الدولي (منظمة التعاون الإسلامي)

القرار	الموضوع	الدورة	الفصول
9 (9/2)	التأمين وإعادة التأمين	د2، جدة 1406هـ/1985م	18
16 (4/3)	أطفال الأنابيب (التلقيح الصناعي)	د3، عمّان 1407هـ/1986م	20، 22
17 (5/3)	أجهزة الإنعاش واعتبار الوفاة الدماغية	د3، عمّان 1407هـ/1986م	13، 24، 27، 32–34، 39–47، 51
26 (1/4)	انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر	د4، جدة 1408هـ/1988م	30، 45، 47، 48، 51
39 (1/5)	تنظيم النسل	د5، الكويت 1409هـ/1988م	19–21
46 (8/5)	تحديد أرباح التجار والتسعير	د5، الكويت 1409هـ/1988م	31
52 (3/6)	إجراء العقود بآلات الاتصال الحديثة	د6، جدة 1410هـ/1990م	50
55 (6/6)	البييضات الملقحة الزائدة عن الحاجة	د6، جدة 1410هـ/1990م	20، 22
56 (7/6)	زراعة خلايا المخ والجهاز العصبي	د6، جدة 1410هـ/1990م	47

57 (8/6)	زراعة الأعضاء التناسلية	د6، جدة 1410هـ/1990م	47
67 (5/7)	العلاج الطبي (الأصل في التداوي وأحكامه)	د7، جدة 1412هـ/1992م	3–6، 9، 13، 14، 24–28، 31، 32، 34–37، 39، 40، 43، 44، 46، 48، 49
79 (10/8)	السر في المهن الطبية	د8، بروناي 1414هـ/1993م	4، 6–8، 10، 12، 13، 23، 26، 27، 30–32، 36، 50
81 (12/8)	مداواة الرجل للمرأة	د8، بروناي 1414هـ/1993م	15
94 (2/10)	الاستنساخ البشري	د10، جدة 1418هـ/1997م	20، 23
113 (7/12)	حقوق الأطفال والمسنين	د12، الرياض 1421هـ/2000م	21، 38
142 (8/15)	ضمان الطبيب	د15، مسقط 1425هـ/2004م	4–12، 13، 14، 29، 31، 48
149 (7/16)	التأمين الصحي	د16، 1426هـ/2005م	18
161 (10/17)	الضوابط الشرعية للبحوث الطبية البيولوجية	د17، عمّان 1427هـ/2006م	5، 30، 31، 48، 49
165 (3/18)	تفعيل دور الزكاة في مكافحة الفقر	د18، بوتراجايا 1428هـ/2007م	38
172 (10/18)	الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة	د18، بوتراجايا 1428هـ/2007م	4، 12، 29
173 (11/18)	الجراحة التجميلية وأحكامها	د18، بوتراجايا 1428هـ/2007م	5، 29
184	الإذن في العمليات الطبية	د19، الشارقة 1430هـ/2009م	5، 12، 27، 40،

(10/19)	المستعجلة		46
194 (9/20)	الإثبات بالقرائن والأمارات (وفيه البصمة الوراثية)	د20، وهران 1433هـ/2012م	32
198 (4/21)	الاستحالة وأثرها في الغذاء والدواء	د21، الرياض 1435هـ/2013م	31
200 (6/21)	الأحكام والضوابط الشرعية لأسس التأمين التعاوني	د21، الرياض 1435هـ/2013م	18
203 (9/21)	الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري	د21، الرياض 1435هـ/2013م	7، 20، 22، 23، 30، 48، 49، 51
210 (6/22)	الأدوية المشتملة على نسبة من الكحول	د22، الكويت 1436هـ/2015م	31
213 (9/22)	حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الفقه الإسلامي	د22، الكويت 1436هـ/2015م	38
223 (7/23)	مسؤولية الطبيب عن الأخطاء غير العمدية	د23، المدينة المنورة 1440هـ/2018م	5، 8–12، 22
235 (6/24)	الجينوم البشري والهندسة الحيوية المستقبلية	د24، دبي 1441هـ/2019م	20، 23، 49
261 (6/26)	أثر الأمراض النفسية على الأهلية	د26، الدوحة 1446هـ/2025م	25، 38
262 (7/26)	الحوكمة الشرعية للمؤسسات المالية	د26، الدوحة 1446هـ/2025م	16

وينبه الكشاف إلى أن النص المنشور للقرار رقم 223 (7/23) ورد بعنوان «مشروع قرار»، وقد التزمت الفصول التنبيه على هذه الصفة التوثيقية في مواضع الاستدلال به.

ثانيًا: قرارات المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي (مكة المكرمة)

القرار	الموضوع	الدورة	الفصول
48 (10/1)	تشريح جثث الموتى	د10، مكة 1408هـ/1987م	32
القرار الثاني للدورة العاشرة	أجهزة الإنعاش والموت الدماغي	د10، مكة 1408هـ/1987م	45، 51
القرار الرابع للدورة الثانية عشرة	إسقاط الجنين المشوه خلقيًا	د12، مكة 1410هـ/1990م	21

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

القرار السابع للدورة السادسة عشرة	البصمة الوراثية ومجالات الاستفادة منها	د16، مكة 1422هـ/2002م	32

ثالثًا: قرارات مجلس هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية

القرار	التاريخ	الموضوع	الفصول
42	1396/4/13هـ	تحديد النسل وموانع الحمل	19
47	1396/8/20هـ	تشريح جثث الموتى	32
51	1397/4/4هـ	التأمين	18
99	1402/11/6هـ	نقل الأعضاء والتبرع بها من الحي والميت بضوابطها	45، 47
119	1404/5/26هـ	اشتراط إذن المريض للعمل الجراحي	5، 6، 46
140	1407/6/20هـ	أحكام إسقاط الحمل	21، 51
173	1413/3/12هـ (الدورة 39، الطائف)	اعتبار قول المرأة البالغة العاقلة وحدها في الجراحات المتعلقة بها	5، 6
190	1419/4/6هـ	من المراجع الفقهية المثبتة في الدليل الوطني لحالات عدم الإنعاش	4، 39، 45
246	1441/7/16هـ	أحكام المصاب بالوباء وحضور الجمعة والجماعة	35، 36

رابعًا: فتاوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء

الفتوى	التاريخ	الموضوع	الفصول
12086	1409/6/30هـ	حالات عدم الإنعاش القلبي الرئوي -المرجع الشرعي السعودي المؤسس في الباب	4، 9، 24، 28، 34، 39، 41–45
12762	1410/4/9هـ	من مراجع الدليل الوطني لحالات عدم الإنعاش	39
15964	1414/4/13هـ	من مراجع الدليل الوطني لحالات عدم الإنعاش	39
3685 (السؤال الثاني)	-	جواز التخدير في العمليات الجراحية	29
1/أ/3702	1437/11/11هـ	أجهزة الإنعاش	41، 45
20361	-	منع الاعتماد على الجن في تعرف الإصابة وعلاجها	26
21772	-	هدايا شركات الأدوية للأطباء	17

المجلد 25، استفتاء رقم 1508	1428هـ	مسائل التخدير والعناية	33

خامسًا: فتاوى وجهات إفتاء أخرى

فتاوى الشيخ عبد العزيز بن باز رحمه الله: في مشروعية التداوي وأنه لا ينافي التوكل. وفي جواز إيقاف العلاج أو تركه عمن لا يُرجى برؤه إذا رأى الأطباء عدم فائدته مع بقاء العناية، وفي التفريق بين أسرار الأحياء والأموات (الفصول: 51، 7، 9، 16–18، 23، 43–46). وقرار مجلس الإفتاء والبحوث والدراسات الإسلامية بالأردن رقم 145 (2010/10) وتاريخ 1431/8/17هـ في هدايا شركات الأدوية وولائمها (الفصل 17). وفتوى مجلس الإمارات للإفتاء الشرعي في أحكام الوباء (الفصل 35). وفتوى المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث رقم (30/18) بشأن الأولى بالتقديم في العلاج عند التزاحم، الدورة الطارئة الثلاثون، 1–4 شعبان 1441هـ/25–28 مارس 2020م (الفصول: 34، 35، 37).

سادسًا: الأنظمة السعودية

النظام	المرسوم الملكي	التاريخ	الفصول
نظام مزاولة المهن الصحية	م/59	1426/11/4هـ (2005م)	جميع الفصول تقريبًا (49 فصلًا)
النظام الصحي	م/11	1423/3/23هـ (2002م)	51
نظام الهيئة السعودية للتخصصات الصحية	م/2	1413/2/6هـ (1992م)	1، 51
نظام الضمان الصحي التعاوني	م/10	1420/5/1هـ (1999م)	18
نظام المؤسسات الصحية الخاصة	م/40	1423/11/3هـ (2002م)	6، 18، 29، 33–35، 37
نظام وحدات الإخصاب والأجنة وعلاج العقم	م/76	1424/11/21هـ (2004م)	20، 22، 23
نظام العمل	م/51	1426/8/23هـ (2005م)، وتعديلاته حتى م/44 في	12، 13، 15، 16، 19، 25، 34

		1446/2/8هـ	
نظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية	م/39	1426/7/8هـ (2005م)	7، 26، 31، 43
نظام مكافحة جرائم المعلوماتية	م/17	1428/3/8هـ (2007م)	7، 12، 13
نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية	م/59	1431/9/14هـ (2010م)	1، 5، 7، 13، 17، 20، 23، 27، 28، 30، 31، 48، 49، 51
نظام الحماية من الإيذاء	م/52	1434/11/15هـ (2013م)	7، 19، 21، 32، 38
نظام الرعاية الصحية النفسية	م/56	1435/9/20هـ (2014م)	5–7، 26، 27، 33
نظام حماية الطفل	م/14	1436/2/3هـ (2014م)	4–7، 15، 19، 21، 24، 29، 32، 36، 40، 41، 44
نظام الإجراءات الجزائية	م/2	1435/1/22هـ (2013م)	32
نظام مكافحة جريمة التحرش	م/96	1439/9/16هـ (2018م)	6، 12، 13–16، 32
نظام الوقاية من متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) وحقوق المصابين وواجباتهم	م/41	1439/4/16هـ (2018م)	7، 9، 35
نظام المنشآت والمستحضرات الصيدلانية والعشبية	م/108	1441/8/22هـ (2020م)	17، 31، 49
نظام الأجهزة والمستلزمات الطبية	م/54	1442/7/6هـ (2021م)	27، 48–50
نظام حماية البيانات الشخصية	م/19	1443/2/9هـ (2021م)، المعدل بالمرسوم م/148	34 فصلًا
نظام الإثبات	م/43	1443/5/26هـ (2021م)	10، 27، 32
نظام الأحوال الشخصية	م/73	1443/8/6هـ (2022م)	10، 26، 32
نظام المعاملات المدنية	م/191	1444/11/29هـ (2023م)	10، 11، 29
نظام حقوق الأشخاص ذوي	م/27	1445/2/11هـ (2023م)	6، 9، 38، 41

الإعاقة			
نظام العمل التطوعي	م/70	1441/5/27هـ (2020م)	34
نظام التبرع بالأعضاء البشرية	م/70	1442/8/19هـ (2021م)	45، 47

سابعًا: اللوائح التنفيذية

اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية: هي عمود الضبط التفصيلي في الكتاب كله. وأكثر بنودها استدعاءً: بند حظر تصوير العمليات ونشرها إلا بالموافقة الخطية (3-5)، وبنود حقوق المريض والرضا والتوثيق (الفصول: 4–6، 9، 10، 12–14، 16، 18، 22، 24، 26، 27، 30، 32، 36–38، 40–47). ولائحة التقارير الطبية (الفصل 32). واللائحة التنفيذية المحدثة لنظام العمل بقرار وزير الموارد البشرية رقم 160142 وتاريخ 1445/11/23هـ (الفصل 38).

ثامنًا: الأدلة والسياسات والوثائق الوطنية

الوثيقة	الجهة	البيان	الفصول
الدليل السعودي للإذن الطبي	وزارة الصحة	الطبعة الأولى، 1440هـ/2019م	5، 22، 24، 39–41، 44، 50
الدليل الوطني لحالات عدم الإنعاش	المجلس الصحي السعودي	قرار المجلس 64/3 في 1434/3/1هـ؛ صدر في 1438/6/14هـ الموافق 13 مارس 2017م	4، 24، 28، 33، 34، 39، 41–46
الإطار الوطني لسلامة المرضى والثقافة العادلة	المجلس الصحي السعودي	قرار المجلس 83/5 في 1439/12/28هـ، والموافقة الوزارية 64570 في 1441/12/1هـ	8، 11
وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى	وزارة الصحة	النسخة النافذة	1، 5، 8، 9، 28، 30، 34، 35، 39، 40، 42–44
دليل أخلاقيات الممارس	الهيئة السعودية للتخصصات	النسخة النافذة	1، 2، 4–6، 13، 16 وغيرها

الصحي	الصحية		
دليل المركز السعودي لزراعة الأعضاء	المركز السعودي لزراعة الأعضاء	الإصدار الثالث، 2024م	45، 47

منهج الاستدراك

بُني هذا الكشاف بمسح آلي شامل للفصول الـ51 في 6 سبتمبر 2026م، ورُدَّت صيغ الترقيم المتفاوتة إلى الصيغة الرسمية الواحدة. وعند الحاجة إلى نصٍّ كامل يُرجع إلى «الفصل الأم» الذي يورد النص بتمامه. فالعلاج الطبي 67 في الفصلين 5 و42، والسر 79 في الفصل 7، وضمان الطبيب 142 في الفصل 10، ومشروع القرار 223 في الفصل 11، والإذن ونصوصه في الفصل 5، وأحكام نهاية الحياة في الفصول 39–47.

الملحق الثاني: مسرد المصطلحات

نحو ثمانين مصطلحًا في خمسة أقسام • المنهج والنموذج • الطبية • الأخلاقية • الفقهية • النظامية • بتعريفات وظيفية موجزة وإحالات إلى الفصول الأم

تاريخ القطع المرجعي: 6 سبتمبر 2026م

محتويات الفصل

أولًا: مصطلحات المنهج ونموذج الأركان
ثانيًا: المصطلحات الطبية
ثالثًا: المصطلحات الأخلاقية
رابعًا: المصطلحات الفقهية
خامسًا: المصطلحات النظامية
منهج المسرد

عناوين المحتويات وأرقام الإحالات قابلة للنقر داخل برنامج وورد.

الملحق الثاني: مسرد المصطلحات

بطاقة الملحق. مسرد للمصطلحات المتكررة في الكتاب، معرَّفة تعريفًا وظيفيًا موجزًا بالمعنى الذي يستعمله الكتاب لا بكل ما قيل فيها، مرتبة في خمسة أقسام على منهج الكتاب: مصطلحات المنهج، ثم الطبية، فالأخلاقية، فالفقهية، فالنظامية، والترتيب داخل كل قسم موضوعي يجمع المتقاربات. وحيث كان للمصطلح فصلٌ أم يبسطه أشير إليه بين قوسين. تاريخ القطع المرجعي: 6 سبتمبر 2026م.

أولًا: مصطلحات المنهج ونموذج الأركان

• المعضلة الطبية. واقعة تتزاحم فيها قيم أو حقوق معتبرة، أو توجد فيها بدائل يمكن الدفاع عنها، أو يحيط بقرارها عدم يقين مهم؛ بخلاف «المسألة» التي تنتهي إلى جواب واحد حين تكتمل الفحوص أو يحضر المختص (الفصل 3).

• نموذج الأركان الأربعة. الإطار المنهجي المعتمد في الكتاب كله: تحليل المعضلة من أربعة أبعاد متكاملة بترتيب ثابت -الطبي فالأخلاقي فالفقهي فالنظامي -بمرجعية معيارية واحدة هي الشريعة، وثمرته **القرار المهني الموزون** (الفصل 4).

• المرتكزات الستة عشر. تفريع كل ركن إلى أربعة أسئلة تحليلية، فتتكون مصفوفة ستة عشر مرتكزًا ثابتة البناء مرنة التفصيل؛ يُكتب عند غياب أثر مرتكز في واقعة: «لا يظهر أثر حاسم» (الفصل 4).

• البوابات. أسئلة خمسة تُحسم قبل فتح الأركان ولا يجوز تأخيرها: الاستقرار الإسعافي، والقدرة على القرار، والهوية والصلاحية، وصياغة السؤال، والأمن (الفصل 4).

• القرار المهني الموزون. ثمرة التحليل: اختيار معلَّل بين البدائل المشروعة يبقى داخل الممكن طبيًا، ويحترم النصوص والحقوق، ويحقق مصلحة أرجح بأقل ضرر، ويمكن تنفيذه وتوثيقه ومراجعته؛ ويحرَّر بعناصر ثمانية بُسطت في الفصل الرابع، ويتكرر في ختام كل حالة تطبيقية.

• الشرط المغيِّر للحكم. العلامة أو المعلومة التي إن ظهرت أعادت فتح القرار قبل موعد مراجعته؛ وهو عنصر واجب في صياغة كل قرار موزون.

• الركن المرجِّح. الركن الذي ظهر أثره حاسمًا في ترجيح قرار حالة بعينها؛ فإن تضافرت الأركان بلا غلبة وُصف القرار بأنه «تكاملي» (الفصل 4).

• طبقات النتائج الثلاث. تقسيم حواصل الأركان قبل الترجيح إلى: حقائق لا يصوَّت عليها، والتزامات ضابطة لا يجوز تجاهلها، ومساحة ترجيح بين بدائل مشروعة (الفصل 4).

• الفصل الأم. الموضع الأصيل الوحيد الذي تُبسط فيه مسألة مشتركة بنصوصها الكاملة، وتحيل إليه سائر الفصول إحالةً بدل التكرار.

• تاريخ القطع المرجعي. التاريخ الذي روجعت المستجدات العلمية والنظامية حتاه واعتُمد النص عليه -وهو للكتاب كله 6 سبتمبر 2026م؛ ويُقدَّم النص الرسمي الأحدث عند التطبيق.

• بطاقة الفصل. الفقرة الافتتاحية الموحدة التي تحدد صفة الفصل ومنهجه وتاريخ قطعه وحدوده، وأنه إطار مهني عام لا يغني عن التقييم الفردي ولا الفتوى الخاصة ولا المشورة النظامية.

ثانيًا: المصطلحات الطبية

• القدرة على القرار (الأهلية السريرية). قدرة المريض على اتخاذ قرار محدد في وقت محدد، وتقاس بأربعة عناصر: الفهم، والتقدير، والاستدلال، والتعبير عن اختيار ثابت؛ وهي متعلقة بالقرار لا وصفًا دائمًا للشخص، ومخالفة رأي الطبيب ليست دليل فقدها (الفصل 5).

• درجة اليقين. وصف صريح لمرتبة المعطى الطبي: مؤكد أو راجح أو محتمل أو مجهول؛ ويلزم التصريح بها في كل ركن لأن الحكم والقرار يتغيران بها.

• الإنذار (المآل). التقدير العلمي لمسار المرض ونتائجه المتوقعة؛ وقد ثبت تفاوت مقدَّر بين تقدير الأطباء وفهم ممثلي المرضى، فلا يكتفى بالشرح دون التحقق من الفهم (الفصلان 4 و40).

• عدم الفائدة الفسيولوجية. ألا يحقق التدخل هدفه الفسيولوجي أصلًا؛ ويفرَّق عنه ضعف الجدوى: أثرٌ محدود قد يفوقه العبء؛ وعن حكم جودة الحياة: تقويم قيمي لا ينفرد به الفريق من خارج منظور المريض (الفصل 42).

• عبء العلاج. ما يحمّله التدخل للمريض من ألم وقيود ومضاعفات وتكرار مراجعات، ويوزن مقابل منفعته احتمالًا ومقدارًا ومدة (الفصلان 43 و44).

• التجربة العلاجية المحددة بزمن. اعتماد تدخل عند عدم اليقين لمدة متفق عليها

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

سلفًا بهدف ومؤشرات محددة، ثم مراجعته على ضوئها (الفصل 42).

• الحدث الضار، والخطأ، والمضاعفة. الحدث الضار أذى لحق المريض من الرعاية لا من مرضه؛ والخطأ انحراف عن الممارسة الصحيحة سواء أضرّ أم لا؛ والمضاعفة أثر معروف محتمل للتدخل الصحيح قد يقع دون تقصير؛ والتمييز بينها أساس المسؤولية والإفصاح (الفصلان 8 و11).

• معيار الممارس المماثل. مقياس الخطأ: ما كان ممارسٌ مماثل في التخصص والظروف ليفعله؛ فالعمل يقاس ببذل عناية يقظة لا بضمان النتيجة (الفصل 10).

• الفرز (الترياج). ترتيب المصابين أو المرضى عند تزاحم الحاجات على الموارد بمعايير معلنة قابلة للدفاع، غايته أعظم منفعة ممكنة بعدالة (الفصلان 34 و37).

• الرعاية التلطيفية. رعاية فاعلة شاملة لمن أصابه مرض يهدد الحياة، تستهدف جودة حياته وحياة أسرته بعلاج الألم والأعراض والدعم النفسي والاجتماعي والروحي؛ وليست تخليًا ولا بديلًا يُلجأ إليه بعد «فشل» العلاج (الفصل 43).

• التسكين المتناسب. علاج الألم والأعراض بجرعات تدرَّج بقدر الحاجة وإن خُشي أثر جانبي غير مقصود، بضوابطه المبسوطة في فصله؛ ويفارق تعمد إنهاء الحياة مفارقة قصدٍ وفعلٍ (الفصلان 43 و46).

• الموت الدماغي (الوفاة بالمعايير العصبية). توقف وظائف الدماغ كله توقفًا نهائيًا لا رجعة فيه بمعاييره التشخيصية الصارمة؛ وبيان اعتباره وفاةً ونصوصه في فصله الأم (الفصل 45).

• الإنعاش القلبي الرئوي، وقرار عدم محاولة الإنعاش. إجراءات إحياء القلب والتنفس عند توقفهما؛ وقرار عدم المحاولة قرار طبي منظم بالدليل الوطني لا يعني ترك سائر الرعاية (الفصل 41).

• التغذية والإرواء الصناعيان. إيصال الغذاء أو السوائل بوسيلة طبية (أنبوب أو وريد)؛ وحكم بدئهما وإيقافهما في نهاية الحياة مبسوط في فصله (الفصل 44).

• الخطر الأدنى. في البحث: ألا يزيد احتمال الضرر ومقداره على ما يلقاه الشخص في حياته اليومية أو الفحوص الروتينية؛ وهو ضابط أساس في بحوث الفئات الخاصة (الفصل 48).

• الاستخدام خارج الغرض المرخص. استعمال دواء أو جهاز في غير ما رُخص له؛ جائز

بشروط التعليل والدليل والتبصير، ويفارق التجريب البحثي (الفصلان 31 و49).

ثالثًا: المصطلحات الأخلاقية

• المبادئ الأربعة. الاستقلالية، والإحسان (تحقيق المنفعة)، وعدم الإضرار، والعدالة؛ يستعملها الكتاب أدوات تحليل داخل الركن الأخلاقي بميزان الشريعة، لا مرجعية مستقلة (الفصلان 1 و4).

• الاستقلالية المدعومة. تمكين المريض القادر من المعرفة والاختيار بلا إكراه، مع اعتبار سياقه الأسري والاجتماعي: قد يختار إشراك أسرته، لكن الدعم لا يستبدل صوته (الفصلان 4 و5).

• الموافقة المستنيرة (الإذن الطبي). عملية تفاهم وقرار لا توقيع ورقة: بيانٌ كافٍ، وقدرةٌ، وطوعيةٌ، ثم إذن مقيد بمحله وغرضه؛ ونموذجها الموقع يوثّق ولا يغني (الفصل 5).

• القرار المشترك. شراكة الطبيب والمريض في القرار: يقدّم الطبيب الخيارات بأدلتها ويستخرج قيم المريض وأولوياته ليُبنى القرار عليهما معًا (الفصلان 5 و6).

• القرار بالنيابة والمصلحة الفضلى. عند فقد القدرة: يقدَّم توجيه سابق معتبر، ثم قرار نيابي يقارب ما كان المريض سيختاره، ثم مصلحته الفضلى؛ والولي مؤتمن على المصلحة لا مالك للجسد (الفصلان 5 و40).

• التوجيه الطبي المسبق. بيان سابق من الشخص القادر برغباته العلاجية أو بتعيين من يقرر عنه عند فقد قدرته، وأحكامه وحدوده النظامية في فصله (الفصل 40).

• الامتياز العلاجي. ذريعة حجب المعلومة عن المريض «حمايةً له»؛ يضيّقها الكتاب أشد التضييق ولا يقبل بها إخفاء الحقيقة عن قادرٍ يريدها (الفصل 8).

• الصدق الرحيم. منهج الإفصاح المعتمد: قول الحقيقة كاملة بتدرج ورحمة وبقدر ما يريد المريض معرفته، بدل «الكذب الرحيم» (الفصل 8).

• الإفصاح عن الخطأ. إخبار المريض بما وقع من خطأ أو مضاعفة وأثرهما وخطة التصحيح، واجبًا مهنيًا وأخلاقيًا لا يعلَّق على المطالبة (الفصلان 8 و11).

• السرية والخصوصية. السرية التزام كاتم المعلومة التي عُرفت بسبب الرعاية؛ والخصوصية حق الشخص في التحكم بمعلوماته وبدنه ومجاله؛ وأمن المعلومات وسائلُ حفظهما (الفصل 7).

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

• دائرة الحاجة إلى المعرفة. قصر تداول معلومة المريض على من تلزمه لرعايته وبالقدر اللازم (الفصل 7).

• تضارب المصالح. أن تتقاطع مصلحة ثانوية للممارس -مالية أو غيرها -مع واجبه الأول نحو المريض؛ ويعالَج بالإفصاح والضبط أو الاجتناب (الفصل 17).

• الحدود المهنية. الخطوط التي تحفظ العلاقة العلاجية علاقةَ ائتمانٍ لمصلحة المريض، وتمنع استثمار ضعفه في منفعة الممارس؛ وتجاوزها يشمل العلاقات العاطفية والهدايا المفسدة وازدواج العلاقة: اجتماع دورين متعارضين كعلاج القريب أو المرؤوس (الفصل 6).

• الاستنكاف الضميري. امتناع الممارس عن إجراء مشروع لاعتقاد ديني أو ضميري، بشرط ألا يفضي إلى تخلٍّ عن مريض أو ضرر، ومع الإحالة الآمنة (الفصل 9).

• عدم التخلي. حرمة قطع الرعاية اللازمة عن مريض قائم العلاقة العلاجية قبل انتقال آمن لرعايته (الفصل 9).

• الثقافة العادلة. ثقافة مؤسسية تفصل مسار التعلم من الأخطاء عن مسار المساءلة: لا تعاقب على البلاغ والزلة النظامية، وتحاسب على التهور والانتهاك المتعمد (الفصلان 8 و11).

• الضحية الثانية. الممارس بعد الخطأ الجسيم: يتأذى نفسيًا ومهنيًا ويحتاج دعمًا منظمًا يفصل عن مسار المساءلة (الفصل 11).

• الوصم. إلصاق دونية اجتماعية بمرض أو حال -كالأمراض النفسية والمعدية -يمنع طلب العلاج ويستوجب حماية أشد للسرية والعدالة (الفصلان 26 و35).

• السمية المالية. الضرر اللاحق بالمريض وأسرته من كلفة العلاج ذاتها، وهو معتبر في موازنة قيمة التدخل (الفصلان 18 و28).

رابعًا: المصطلحات الفقهية

• تصوير الواقعة. تحرير حقيقة الحالة الطبية قبل الحكم؛ فالحكم على الشيء فرع عن تصوره، ولا يستقل به الفقيه دون أهل الاختصاص (الفصل 4).

• التكييف الفقهي. إلحاق الواقعة بعد تصويرها ببابها الشرعي: أهي تداوٍ أم إذن أم ولاية أم سر أم ضرورة أم تزاحم؟ إذ يتغير الحكم بتغير الباب.

• تحقيق المناط. التثبت من أن وصف الحالة الذي عُلّق عليه الحكم متحقق في هذه

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

الواقعة المعينة بمعطياتها ووقتها؛ وهو عنصر واجب في التحليل الفقهي لكل حالة في الكتاب (الفصلان 3 و4).

• اعتبار المآلات. النظر في عواقب الفعل وما يفضي إليه عند الحكم عليه؛ فقد يُمنع مشروعٌ لسوء مآله أو يُحتمل مفضولٌ لحسنه.

• المقاصد الخمس. حفظ الدين والنفس والعقل والنسل والمال بمراتبها (الضروريات فالحاجيات فالتحسينيات)؛ وهي موجِّه الترجيح لا بديل عن الأدلة.

• القواعد الفقهية الكلية. قواعد جامعة كـ«لا ضرر ولا ضرار»، و«المشقة تجلب التيسير»، و«الضرورات تبيح المحظورات» بشرطها، و«درء المفاسد أولى من جلب المصالح»، و«الأمور بمقاصدها»؛ والقاعدة توجه السؤال ولا تقوم مقام البرهان قبل تحقيق مناطها.

• الضرورة والحاجة. الضرورة ما يلحق بفواته هلاك أو ضرر جسيم فتبيح المحظور بقدرها وبشرط انعدام البديل والتناسب؛ والحاجة دونها وتنزل منزلتها في مواضع بضوابط أضيق.

• حكم التداوي. الأصل مشروعيته، ويعتريه الوجوب أو الندب أو الإباحة أو الكراهة بحسب الحال، كما قرره قرار العلاج الطبي 67 (5/7) -فليس كل ممكنٍ تقنيًا واجبًا شرعًا (الفصول 4 و39 و42).

• الإذن الشرعي. رفع المريض القادر الحرجَ عن التصرف في بدنه لغرض محدد؛ وهو إباحة مقيدة بمحلها وغرضها لا تمليك، ولا يصحح ما كان محرمًا في نفسه (الفصل 5).

• الولاية. نيابة حمايةٍ شرعية عن ناقص الأهلية تُقيَّد بمصلحته؛ فليست سلطة تملّك، ويُتجاوز رفض الولي المضر بضوابط النصوص (الفصلان 5 و24).

• فرض الكفاية وتعيّنه. الطب فرض كفاية على الأمة، وقد يتعين على الممارس بعينه عند انفراده بالقدرة وقيام الحاجة، فيحرم عليه الامتناع (الفصل 9).

• الضمان. تحمّل تبعة الضرر مالًا؛ ويثبت على الممارس بصوره التي فصّلها قرار ضمان الطبيب 142 (8/15): كالجهل والتغرير والخطأ الذي لا يقع فيه أمثاله والإهمال؛ ومداره التعدي أو التفريط لا مجرد وقوع الضرر (الفصل 10).

• الستر المنضبط. أصل حفظ عورات الناس وأسرارهم، مقيدًا بألا يفضي إلى ضرر متعدٍّ أو تفويت حق واجب الأداء (الفصلان 7 و13).

• الميؤوس من علاجه. وصفٌ لا ينزل حكمه إلا بعد إثبات انتفاء الجدوى بمعاييره الطبية في الحالة المعينة -وهو المثال المتكرر في الكتاب لوجوب تحقيق المناط (الفصول 39 و42 و43).

• الاجتهاد الجماعي. ما تصدره المجامع الفقهية وهيئات كبار العلماء بعد دراسة جماعية تجمع الفقه والاختصاص؛ وهو عمود التأصيل في النوازل الطبية، وتُحفظ أوصاف وثائقه كما هي -ومنها وصف «مشروع قرار» للنص المنشور بهذه الصفة (الفصل 3، والملحق الأول).

خامسًا: المصطلحات النظامية

• النظام. التشريع الصادر بالمرسوم الملكي بناءً على قرار مجلس الوزراء -وأخصّها في هذا الكتاب نظام مزاولة المهن الصحية م/59 لعام 1426هـ؛ وهو أعلى النصوص الوطنية المذكورة مرتبةً.

• اللائحة التنفيذية. ما يصدر لتفصيل النظام وتنفيذه، وهي دونه مرتبةً ولا تتجاوزه؛ ولائحة نظام مزاولة المهن الصحية عمود الضبط التفصيلي في الكتاب.

• السياسة والدليل الوطني. وثائق تنظيمية تصدرها الجهات المختصة -كالدليل الوطني لحالات عدم الإنعاش والدليل السعودي للإذن الطبي -ملزمة في نطاقها، ودون النظام واللائحة مرتبةً؛ ويلزم التمييز بين هذه المراتب فليس كل نص «قانونًا» بالمعنى نفسه (الفصل 4).

• الصفة القانونية للنص. بيان حقيقة الوثيقة المستدل بها: نظام أم لائحة أم دليل أم فتوى أم قرار مجمعي أم مشروع قرار؛ ومن قواعد الكتاب إثباتها الصحيحة وعدم الاستدلال بعبارة «هناك فتوى» بلا رقم وتاريخ ونطاق.

• صاحب الصفة. من يملك نظامًا وشرعًا المشاركة في القرار أو النيابة فيه: المريض القادر أولًا، ثم من رتّبته النصوص عند فقد القدرة (الفصلان 5 و40).

• الموافقة الخطية. الرضا الموثق كتابةً حيث تشترطه النصوص -كمواضع الإذن المكتوب في الدليل السعودي، وحظر تصوير العمليات ونشرها إلا بها (الفصلان 5 و6).

• بذل العناية. التزام الممارس القانوني: عناية يقظة موافقة للأصول العلمية، لا ضمان نتيجة الشفاء؛ وبه يقاس الخطأ الموجب للمسؤولية (الفصل 10).

• المسؤولية الطبية. تبعة الممارس أو المنشأة عن الإخلال بالتزاماتهما، بأركانها: خطأ

وضرر وعلاقة سببية؛ وتتعدد مساراتها التأديبي والمدني والجزائي (الفصل 10).

• السجل الطبي. الوثيقة الرسمية للرعاية؛ توثيقه أمانة قبل أن يكون دليلًا، وتعديله اللاحق دون بيانٍ صريح خيانة للسجل تنشئ مسؤولية مستقلة (الفصلان 10 و12).

• الإبلاغ الإلزامي. ما توجب النصوص إبلاغ الجهات به -كالأمراض المعدية الواجبة التبليغ وحالات الإيذاء والاشتباه الجنائي -وهو من مستثنيات السرية بقدره (الفصول 7 و33 و36).

• البيانات الصحية الحساسة. ما يتصل بصحة الفرد من بيانات شخصية؛ يفرد لها نظام حماية البيانات الشخصية حماية مشددة: سندٌ وغرضٌ وقدرٌ أدنى ومتلقٍّ محدد (الفصلان 7 و50).

• سلسلة الحيازة. توثيق تسلسل حفظ العينة أو الدليل وانتقاله من أخذه إلى فحصه بما يمنع العبث ويحفظ حجيته (الفصل 32).

• لجنة الأخلاقيات الصحية. لجنة المنشأة الاستشارية لتحليل المعضلات ودعم القرار عند الخلاف؛ ويميَّز عنها اللجنة المحلية لأخلاقيات البحث: البوابة الإلزامية لإجازة البحوث على المخلوقات الحية (الفصلان 13 و49).

• الجهات الوطنية المتكررة في الكتاب. وزارة الصحة؛ والهيئة السعودية للتخصصات الصحية (التصنيف والاعتماد ووثيقة الأخلاقيات)؛ والمجلس الصحي السعودي (السياسات الجامعة كالدليل الوطني لعدم الإنعاش)؛ وهيئة الصحة العامة؛ والمركز السعودي لسلامة المرضى؛ والمركز السعودي لزراعة الأعضاء (الملحق الأول).

منهج المسرد

اختيرت المصطلحات بمعيارين: التكرار في الفصول، والحاجة إلى ضبط معناها لمنع الخلط الذي نبّهت عليه الفصول (كالفرق بين الخطأ والمضاعفة، وعدم الفائدة وضعف الجدوى، والسرية والخصوصية، ومراتب النصوص). والتعريفات وظيفية مختصرة على استعمال الكتاب؛ وتفصيلها ودليلها في الفصول الأم المشار إليها.

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

الملحق الثالث: الاختصارات والفهرس الموضوعي

أربعون اختصارًا أجنبيًا ببيانه العربي • فهرس موضوعي هجائي بنحو مئة مدخل • دلالة على الفصول الأم بالغامق • إحالات إلى الملاحق برمز م

تاريخ القطع المرجعي: 6 سبتمبر 2026م

محتويات الفصل

أولًا: قائمة الاختصارات
ثانيًا: الفهرس الموضوعي

عناوين المحتويات وأرقام الإحالات قابلة للنقر داخل برنامج وورد.

الملحق الثالث: قائمة الاختصارات والفهرس الموضوعي

بطاقة الملحق. قسمان: قائمة الاختصارات الأجنبية الواردة في الكتاب مع بيانها العربي، ثم فهرس موضوعي هجائي يدل القارئ على الفصول التي عولج فيها كل موضوع - والرقم الغامق للفصل الأم حيث تعددت الفصول. أرقام الملاحق مسبوقة بحرف «م». تاريخ القطع المرجعي: 6 سبتمبر 2026م.

أولًا: قائمة الاختصارات

الإختصار	بيانه
AI	الذكاء الاصطناعي
AHRQ	الوكالة الأمريكية لبحوث الرعاية الصحية وجودتها
AMA	الجمعية الطبية الأمريكية
ACOG	الكلية الأمريكية لأطباء النساء والتوليد
ARRIVE	إرشادات الإبلاغ عن البحوث الحيوانية
ASCO	الجمعية الأمريكية لعلم الأورام السريري
ATS	الجمعية الأمريكية لأمراض الصدر
CANDOR	برنامج التواصل والإفصاح الأمثل بعد الأحداث الضارة
CIOMS	مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية
CPR	الإنعاش القلبي الرئوي
DNR / DNACPR	قرار عدم (محاولة) الإنعاش القلبي الرئوي
DICOM	المعيار الدولي لصور الأشعة الرقمية وتداولها
DNA	الحمض النووي
EHR	السجل الصحي الإلكتروني
ESMO	الجمعية الأوروبية لعلم الأورام الطبي
FDA	إدارة الغذاء والدواء الأمريكية
GMC	المجلس الطبي العام البريطاني
HIV	فيروس نقص المناعة البشري
ICD	التصنيف الدولي للأمراض
ICU	وحدة العناية المركزة
IDEAL	إطار التقويم المتدرج للابتكار الجراحي

IRB	مجلس المراجعة المؤسسي (لجنة أخلاقيات البحث)
ISO	المنظمة الدولية للمعايير
IVF / ICSI	الإخصاب خارج الجسم / الحقن المجهري
JAMA / BMJ	مجلتا الجمعية الطبية الأمريكية والطبية البريطانية
NICE	المعهد الوطني البريطاني لجودة الرعاية الصحية
NHS	هيئة الخدمات الصحية الوطنية البريطانية
OECD	منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية
PDPL	نظام حماية البيانات الشخصية السعودي
PGT	الفحص الجيني قبل الانغراس
PREPARE	إرشادات تخطيط البحوث الحيوانية
RCT	التجربة السريرية المعشاة المضبوطة
SCCM	جمعية طب الرعاية الحرجة
SFDA	الهيئة العامة للغذاء والدواء السعودية
SPIKES	بروتوكول إبلاغ الأخبار السيئة بخطواته الست
SUPPORT	الدراسة المرجعية في رعاية نهاية الحياة
UNESCO	منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)
VUS	متغير جيني مجهول الدلالة
WHO	منظمة الصحة العالمية
WMA	الجمعية الطبية العالمية

ثانيًا: الفهرس الموضوعي

أ

الإجهاض (إسقاط الحمل) -**21**؛ وقرار هيئة كبار العلماء 140: 51، 21. **الأجنة المجمدة والفائضة** -20، 22. **الاحتراق المهني والإرهاق** -12، 13. **الأخطاء الطبية** -8، 10، **11**. **الإذن الطبي (الموافقة المستنيرة)** -**5**؛ وفي الطوارئ: 5، 33؛ وللقاصر: 5، 24؛ وللمرأة: 5، 6، 22؛ وفي البحث: 48. **الاستقلالية** -4، 5. **الاستنساخ** -20، 23. **الاستنكاف الضميري** -**9**. **الأسرة وإشراكها في القرار** -5، 6، 8. **الأمراض المعدية** -**35**؛ والإبلاغ الواجب: 7، 35. **الإنعاش وقرارعدم الإنعاش** -**41**؛ و24، 33، 39. **الأهلية والقدرة على**

القرار -**5**؛ و25، 26، 40. **الأورام والسرطان** -**28**. **الإيدز (نقص المناعة)** -7، 9، 35.

ب

البحث الطبي -**48**؛ والابتكار: 49؛ وعلى الأطفال والفئات الخاصة: 48؛ وعلى الحيوان: 48. **البصمة الوراثية** -23، 32. **البيانات الصحية وحمايتها** -**7**؛ و50. **البوابات الخمس قبل التحليل** -4.

ت

التأمين الصحي وتمويل الرعاية -**18**. **التجارب السريرية** -**48**؛ وفي الأورام: 28. **التحرش وحماية بيئة العمل** -12، 13، 15. **التخدير وإذنه** -5، 29، 33. **التداوي: حكمه ومراتبه** -4، 39، 42. **الترجمة والمريض الأجنبي** -38. **التسكين المتناسب** -**43**؛ و46. **تشريح الجثث** -**32**. **تصوير المرضى والتسجيل والنشر** -**5**؛ و6، 7. **تضارب المصالح** -**17**؛ وفي الإدارة: 16؛ وفي البحث: 48. **التغذية والإرواء الصناعيان** -**44**. **التوثيق والسجل الطبي** -**10**؛ و12. **التوجيهات الطبية المسبقة** -**40**. **التعليم الطبي والتدريب** -**14**؛ والتعليم على المرضى: 5. **التشاور وحل الخلاف** -**13**. **تحقيق المناط** -3، 4. **الثقافة العادلة** -8، **11**.

ج

جدوى العلاج وحدود التدخل -**42**. **الجراحة والجراحة التجميلية** -**29**. **جودة الحياة** -4، 42. **جودة الدليل ودرجات اليقين** -4، 48. **الجينوم** -انظر الوراثة.

ح

حقوق المريض -**6**. **حقوق الممارس وصحته المهنية** -**12**. **الحدود المهنية وازدواج العلاقة** -**6**. **حديثو الولادة** -**24**. **حماية الطفل** -5، 24. **الحمل والولادة** -21، **22**.

خ

الخصوصية -7. **الخطأ الطبي: من الوقوع إلى التعلم** -**11**. **الخطر الأدنى في البحث** -48.

د

الدليل السعودي للإذن الطبي -5. **الدليل الوطني لحالات عدم الإنعاش** -39، **41**. **دائرة الحاجة إلى المعرفة** -7. **الدراسات المحلية السعودية** -في مبحث الدراسات

السابقة بكل فصل.

ذ

الذكاء الاصطناعي والصحة الرقمية -50؛ وفي الصيدلة: 31؛ وفي الصحة العامة: 36.

ر

رفض المريض للعلاج -5؛ و9، 39، 41. **رفض الممارس تقديم الرعاية -9. الرعاية التلطيفية -43. رعاية الفئات الهشة -38.**

ز

زراعة الأعضاء ونقلها -47؛ وإثبات الوفاة قبلها: 45.

س

السر الطبي -7. سلامة المرضى -8، 11. السمية المالية -18، 28. **سلسلة الحيازة -32.**

ش

الشركات التجارية وهداياها -17. الشيخوخة والرعاية طويلة الأمد -25، 38. **الشرط المغيِّر للحكم -4.**

ص

الصدق والإفصاح -8. الصيدلة والدواء -31. الصحة العامة والوقاية -36. الصحة النفسية والاضطرابات -26؛ والدخول الإلزامي: 26. **صاحب الصفة والصلاحية -5**، 40.

ط

طوارئ المستشفى والتخدير والعناية -33. الطوارئ والكوارث والإغاثة -34. الطب الشرعي -32. طب الأسرة والأمراض المزمنة -25. طب الأسنان والأشعة والمختبرات -30. الطب عن بعد -5، 50.

ع

العدالة وتوزيع الموارد الشحيحة -37؛ و34، 35. **العقم والإنجاب -20. العنف على الممارسين -9**، 12. **العلاقة العلاجية والقرار المشترك -6**؛ و5.

ف

الفرز (الترياج) -34، 37. **الفريق الصحي وعلاقاته** -13. **فيروس كورونا (كوفيد-19) ودروس الجائحة** -35، 36. **الفتاوى والقرارات: كشافها الجامع** -م1.

ق

القتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب -46. **القرار المهني الموزون** -4، وفي ختام كل حالة تطبيقية. **القاصر والمراهق (15–18 سنة)** -5، 24. **قرارات المجامع الفقهية** -م1، وفصول الأم المبينة فيه. **القواعد الفقهية الكلية** -4.

ك

الكوارث -34. **كرامة الميت** -32، 45. **الكشافات** -م1 (النصوص)، م2 (الحالات).

ل

لجان الأخلاقيات الصحية -13. **اللجنة المحلية لأخلاقيات البحث** -48. **اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية** -م1، وسائر الفصول.

م

الموت الدماغي وتحديد الوفاة -45. **المسؤولية الطبية** -10. **المضادات الحيوية وترشيدها** -31. **المناخ والبيئة والاستدامة** -36. **منع الحمل وتنظيم النسل** -19. **المرأة: قولها في جراحاتها ومداواة الرجل لها** -5، 6، 15، 22. **المؤثرات العقلية** -26، 31. **الممارس المتعثر والإبلاغ عن الزميل** -10، 13. **المريض المشهور وفضول الاطلاع** -7. **الميؤوس من علاجه** -39، 42، 43. **المقاصد الخمس** -4. **المسرد** -م2.

ن

نهاية الحياة: الإطار العام -39؛ وتفاصيلها: 40–46. **النزاهة العلمية والنشر** -48. **نموذج الأركان الأربعة** -4؛ وموجزه في المقدمة العامة. **نظام مزاولة المهن الصحية** -م1، وسائر الفصول.

هـ

هدايا المرضى -6. **هدايا شركات الأدوية** -17.

و

الوراثة والجينوم -23؛ و20، 32، 49. **الوصم** -26، 35. **الولاية على المريض** -5؛ و24. **وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى** -م1.

ي

اليقين: درجاته و أثره في الحكم والقرار -4، 42.

فهرس المحتويات

تقديم المؤلف 5

مقدمة 7

مفهوم الأخلاق وأخلاقيات المهنة الطبية 16

مدخل إلى الفقه وأصوله: ما يحتاجه الممارس الصحي 29

المعضلات الطبية الفقهية المفهوم والمنهج 46

نموذج الأركان الأربعة الفصل المرجعي 56

الإذن الطبي والموافقة المستنيرة 69

حقوق المريض والحدود المهنية 83

السر الطبي والخصوصية 98

الصدق والإفصاح عن الأخطاء والمضاعفات 110

رفض رعاية المرضى والاعتراض الضميري 125

المسؤولية الطبية 138

الخطأ الطبي من الوقوع إلى التعلم 154

حقوق الممارس وصحته المهنية 170

أخلاقيات الفريق الصحي والتشاور وحل الخلاف 180

أخلاقيات التعليم الطبي والتدريب 199

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

أخلاقيات التأهيل والتمريض والمهن المساندة 212
أخلاقيات الإدارة الصحية والمدير 221
العلاقة بين الممارس والشركات وتضارب المصالح 230
أخلاقيات التأمين الصحي وتمويل الرعاية 242
أخلاقيات منع الحمل وتنظيم النسل 253
أخلاقيات الإنجاب والعقم 264
أخلاقيات الإجهاض 277
أخلاقيات طب النساء والولادة 289
أخلاقيات الوراثة والجينوم 299
أخلاقيات طب الأطفال وحديثي الولادة 312
أخلاقيات طب الأسرة والأمراض المزمنة 325
أخلاقيات الاضطرابات النفسية والعصبية 334
أخلاقيات طب الأعصاب وجراحة الأعصاب 345
أخلاقيات الأورام والسرطان 355
أخلاقيات الجراحة الطبية والتجميلية 365
أخلاقيات طب الأسنان والأشعة والمختبرات 377
أخلاقيات الصيدلة والدواء 387

أخلاقيات الطب الشرعي والعمل الطبي القانوني..... 399
أخلاقيات طب الطوارئ والتخدير والعناية المركزة..... 411
أخلاقيات الطوارئ والكوارث والإغاثة والعمل التطوعي..... 422
الأمراض المعدية والأوبئة..... 434
أخلاقيات الصحة العامة والوقاية..... 446
توزيع الموارد الصحية الشحيحة..... 456
أخلاقيات رعاية الفئات الهشة والمتنوعة..... 470
الإطار العام لقضايا نهاية الحياة..... 480
التوجيهات الطبية المسبقة..... 494
الإنعاش القلبي الرئوي وقرار عدم محاولة الإنعاش..... 507
جدوى العلاج..... 521
الرعاية التلطيفية..... 536
التغذية والإرواء الصناعيان..... 551
الموت الدماغي وتحديد الوفاة..... 563
القتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب..... 576
أخلاقيات زراعة ونقل الأعضاء البشرية..... 586
أخلاقيات البحث الطبي..... 597

النسخة الإلكترونية ◆ إجازة رقم 202610255897749

أخلاقيات الابتكار والعلاجات التجريبية 613

أخلاقيات الصحة الرقمية والذكاء الاصطناعي 624

محطات تاريخية في المهنة الطبية 636

خاتمة 665

ملاحق الكتاب 667

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، فله الحمد والمنّة والفضل، ثم الشكر لكل من أعان على إخراج هذا الكتاب برأي أو مراجعة أو ملحوظة.

وأخصّ بالشكر كلًّا من:

الشيخ الحسين أحمد درويش

وهو حاصل على درجتي البكالوريوس والماجستير في الفقه والأصول، وعمل باحثًا شرعيًا في مجمع الفقه الإسلامي الدولي بجدة، حيث تفضّل بمراجعة الركن الفقهي من الكتاب.

وأيضًا الابن:

المحامي والمستشار القانوني عاصم بن محمد آل سحاب

وهو حاصل على درجة البكالوريوس في الشريعة من جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، ودرجة الماجستير في القانون من جامعة كاليفورنيا في ديفيس بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث تفضّل بمراجعة الركن النظامي من الكتاب.

جزاهما الله خيرًا، وجعل ذلك في موازين حسناتهما. ويبقى ما في الكتاب من رأي أو خطأ على عهدة المؤلف وحده، ولا تعني هذه المراجعة اعتمادًا رسميًا من أي جهة ينتميان إليها.

بيان التمويل وتعارض المصالح

أُعدّ هذا الكتاب جهدًا شخصيًا من المؤلف، ولم يتلقَّ أي دعم مالي أو عيني من أي جهة حكومية أو خاصة أو تجارية، ولا توجد لدى المؤلف مصالح مالية أو تعارض مصالح ذو صلة بمحتواه. والآراء الواردة فيه تعبّر عن المؤلف، ولا تمثّل بالضرورة رأي أي جهة عمل فيها أو ينتمي إليها.

نبذة عن المؤلف

الدكتور محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

عمل أكاديميًا بكلية الطب في جامعة الملك سعود بن عبد العزيز للعلوم الصحية بجدة، وله أكثر من ثلاثين عامًا في الممارسة الطبية والتعليم والتدريب.

حاصل على الزمالة العربية في طب الأسرة، ودبلوم الرعاية الصحية الأولية من جامعة الملك سعود بالرياض. عمل في التعليم الطبي والرعاية الصحية الأولية، وكان عضوًا في المجلس العلمي لطب الأسرة بالهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

درّس مادة أخلاقيات المهنة الطبية بكلية الطب وأشرف على وحدتها منذ إنشائها، ودرّس الأخلاقيات الطبية لأطباء الدراسات العليا والممارسين الصحيين.

كان عضوًا في لجنة الأخلاقيات بمدينة الملك عبد العزيز الطبية بجدة، وفي عدد من الجمعيات العلمية المتخصصة.

وهو من الأعضاء المؤسسين لجمعية زمزم للخدمات الصحية التطوعية، ومستشار الخدمات الصحية فيها.

للتواصل: dmshgg@gmail.com

القَسَم الطبي

المؤتمر العالمي الأول للطب الإسلامي، الكويت

ربيع الأول 1401هـ – يناير 1981م

أُقسم بالله العظيم: أن أراقب الله في مهنتي، وأن أصون حياة الإنسان في كافة أدوارها، في كل الظروف والأحوال، باذلًا وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق، وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عوراتهم، وأكتم سرهم، وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلًا رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح والطالح، للصديق والعدو، وأن أثابر على طلب العلم، وأسخّره لنفع الإنسان لا لأذاه، وأن أوقّر من علّمني، وأعلّم من يصغرني، وأكون أخًا لكل زميل في المهنة الطبية، متعاونين على البر والتقوى، وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيةً مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

فقه وأخلاقيات مهنة الطب

منهج الأركان الأربعة

دليل عملي لطلبة الطب والممارسين الصحيين، يعالج معضلات الممارسة الطبية وفق منهج الأركان الأربعة: الطب والأخلاق والفقه والنظام، ثم قرار مهني موزون يجمع بينها، مع حالات تطبيقية، وأسئلة، ومراجع موثقة، وتطبيقات على الأنظمة السعودية.

النسخة الإلكترونية
ردمك: 978-603-07-0999-1

النسخة الإلكترونية