الباب الثالث

# أخلاقيات التعليم الطبي والتدريب

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «أخلاقيات التعليم الطبي والتدريب». موقع فقه وأخلاقيات مهنة الطب، 1448هـ/2026م.

حقوق النشر والترخيص

© 1448هـ/2026م د. محمد سعيد حسن الغامدي. جميع الحقوق محفوظة للمؤلف. هذا الملف متاح مجانًا للقراءة والتنزيل والمشاركة برخصة المشاع الإبداعي: نَسب المصنف، غير تجاري، منع الاشتقاق 4.0 الدولية (CC BY-NC-ND 4.0). نرحّب بتداوله ونشره كما هو مع ذكر مصدره، ونرجو ألّا يُباع وألّا يُغيَّر نصّه.

للتواصل

dmshgg@gmail.com

الفصل الخامس عشر

# أخلاقيات التعليم الطبي والتدريب

*المـريض شـريك في التعليم • إذن المـريض بحضـور المتعلمين وفحصـهم • حـدود دور الطـالب والمقيم • الإسناد التدريجي ومسـتويات الإشـراف • المحاكـاة • المنهج الخفي • التقـييم العـادل والتظلم • أربع حالات تطبيقية ومواقف متكررة*

**محتويات الفصل**


- خلاصة الفصل
- تمهيد
- أولًا: الركن الطبي
- ثانيًا: الركن الأخلاقي
- ثالثًا: الركن الفقهي
- رابعًا: الركن النظامي
- خامسًا: أدوات عملية
- سادسًا: الحالات التطبيقية
- سابعًا: النتائج والتوصيات
- ثامنًا: الخاتمة
- أسئلة المراجعة والنقاش
- المراجع


**بطاقة الفصل** — البـاب الثـالث: الفريـق والمؤسسـة والتمويـل • الجمهـور المقصـود: طلاب العلوم الصحية والمتدربون، وأعضاء هيئة التدريس والمشرفون السريريون، ومديرو البرامج التدريبية، وإدارات المنشآت التعليمية وسلامة المرضى، وأعضاء لجـان الأخلاقيـات • الفصــل الأم لـ: التعليم على المرضــى، وإذن المــريض بحضــور المتعلمين وفحصــهم، وإشراف المتدربين والإسناد التدريجي، وأخلاقيات المحاكاة، والتقييم والعدالة في التدريب • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 5، 6، 7، 8، 10، 11، 12، 13، 14، 16، 25 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

## خلاصة الفصل

لا يستمر الطب بغير تدريب أجيال جديدة من الممارسين، ولا يجوز أن تجعل هذه الحاجة المـريض وسيلة تعليم صامتة. والعلاقة الصحيحة في التعليم السريري ثلاثية: مريض شـريك يعـرف ويختـار،


CC BY-NC-ND 4.0

ومتدرب يتعلم في حدود كفاءته، ومشرف يتحمل مسؤولية الإذن والتدرج والسلامة، وفوقهم منشأة تتحمل كلفة الإشراف والمحاكاة والتقييم العادل.

ويعالج الفصل هذه العلاقة بنموذج الأركان الأربعة. ففي الركن الطبي يضع مصفوفة للإذن بحسب النشاط التعليمي، ويحدد دور الطالب والمقيم، ويبني الإسناد على الكفاءة الموثقة لا على السنة التدريبية، ويعرض ما تقوله الدراسات عن أثر الإشراف والمحاكاة في سلامة المرضى. وفي الركن الأخلاقي يضبط الصدق في صفة المتعلم، وتوزيع عبء التعليم، والمنهج الخفي، وعدالة التقييم وكرامة المتعلم. وفي الركن الفقهي يؤصل لمشروعية التعليم بوصفه فرض كفاية لا يُتوصل إليه بإهدار حق المريض في بدنه وستره، ويبين ما يخص التعليم من القرارين 67 (5/7) و 142 (8/15). وفي الركن النظامي يعرض الدليل السعودي للإذن الطبي، ونظام مزاولة المهن الصحية، ولوائح الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في التدريب والتقييم والتظلم.

ثم يقدم أدوات عملية، وأربع حالات محللة: فحص حوضي تعليمي تحت التخدير، ومقيم يُكلَّف بإجراء عالي الخطورة والمشرف بعيد، وطفل يُفحص مرارًا في عيادة تعليمية، ورسوب مقيم بتقييم فردي مبهم. وتنتهي قاعدة الفصل إلى ستة أفعال: عرّف، واستأذن، وحدّد الدور، وأشرف، وأفصح، وقوّم بعدل.

**الكلمات المفتاحية:** التعليم السريري؛ إذن المريض؛ المتدرب؛ الإشراف؛ الأنشطة المهنية القابلة للإسناد؛ المحاكاة؛ المنهج الخفي؛ التقييم العادل؛ التظلم.

## تمهيد

### موضوع الفصل وسياقه المحلي

يقوم التعليم الطبي على منفعة عامة لا يجادل فيها أحد: أن يتخرج ممارس مأمون قادر على علاج المرضى في المستقبل. ولكنه يجري غالبًا في موضع هش؛ فالمريض قد يكون خائفًا أو متألمًا، والمتدرب تابع لمن يقيّمه، والمشرف يجمع في يده سلطة العلاج والتعليم والتقييم. فلا يكفي أن تكون غاية التدريب حسنة، بل يجب أن تكون وسيلته مشروعة وآمنة وعادلة.

ويُقصد بالمتدرب في هذا الفصل كل متعلم يشارك في رعاية المرضى قبل أن يستقل استقلالًا مهنيًا كاملًا: طالب الطب أو العلوم الصحية، وطبيب الامتياز، والطبيب المقيم، والزميل في التخصص الدقيق. وهؤلاء يختلفون في الصفة والصلاحية، ولكن يجمعهم أن مشاركتهم في الرعاية تحتاج إلى أمرين: أن يعلم المريض بصفتهم ويأذن بما يخصهم، وأن يشرف عليهم ممارس مسؤول إشرافًا يتناسب مع الخطر.

وفي المملكة يجري التعليم السريري في المستشفيات الجامعية وغيرها من مراكز التدريب المعتمدة، تحت مظلة الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في برامج الدراسات العليا، ووفق الدليل السعودي للإذن الطبي في استئذان المرضى [1–3]. وقد ذكر الدليل في مواضع الإذن الطبي المكتوب «التدريب في فترة الامتياز أو غيرها بما يلزم فيها أخذ الإذن الطبي المكتوب لجميع التخصصات»، و«تصوير المريض لأغراض علاجية أو تعليمية» [1]. ومع ذلك يشيع في الممارسة افتراض يعرفه كل من عمل في مستشفى تعليمي: أن دخول المريض إليه موافقة مفتوحة على كل نشاط تعليمي. ثم إن الأمر لا يقف عند المريض؛ ففي مسح لطلاب السنوات


CC BY-NC-ND 4.0

السريرية في جامعة سعودية أفاد 60.1% بأنهم تعرضوا لصورة من التخويف من الهيئة التعليمية، وكان الإيذاء اللفظي أكثرها [4]. فالمسألة لا تخص المريض وحده، بل بيئة التعلم كلها.

**قواعد الفصل الحاكمة.** أربع قواعد تنتظم تفاصيل الفصل كله، فاحفظها قبل أن تدخل في الفروع: تعريف صادق بالصفة والمستوى قبل كل سؤال أو لمسة؛ وإذن يتناسب مع حساسية النشاط، فلا يغطي الإذن العام فحصًا حميمًا ولا فحصًا تحت التخدير ولا تسجيلًا؛ وإسناد بالكفاءة الموثقة لا بالسنة التدريبية، مع إشراف يرتفع مستواه كلما ارتفع الخطر؛ وإفصاح صادق عند الخطأ، وتقويم عادل قابل للتظلم.

## الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

**قبول المرضى لمشاركة المتعلمين.** بيّنت مراجعة منهجية أن قبول المرضى لمشاركة طلاب الطب يختلف باختلاف التخصص وطبيعة المشاركة [5]. والذي يعنيك من ذلك في عملك أمران: أن نسبة القبول العامة لا تمنح إذنًا لمريض بعينه، وأن من قبل المشاهدة لم يقبل الفحص.

**الإشراف وسلامة المرضى. والأرقام هنا تشهد لما يعرفه أهل المهنة، على تفاوت في قوة الدليل:** جمعت مراجعة منهجية وتحليل تلوي 32 دراسة، ووجدت أن إشراف الأطباء ارتبط بانخفاض خطر الوفاة (الخطر النسبي 0.76)، وأن الإشراف ارتبط بانخفاض المضاعفات (0.69)، بدليل منخفض الجودة لتباين الدراسات؛ وارتفعت جودة الدليل إلى متوسطة في الإشراف المباشر على الجراحة (الوفيات) وعلى الإجراءات الباضعة غير الجراحية (المضاعفات) [6]. وخلصت مراجعة أخرى إلى أن زيادة الإشراف على المقيمين ارتبطت عمومًا بتحسن مخرجات المرضى والتعليم، مع محدودية الدراسات [7].

**المحاكاة.** وجدت مراجعة منهجية وتحليل تلوي للتعلم بالمحاكاة حتى الإتقان أثرًا كبيرًا في المهارات، وأثرًا متوسطًا في نتائج المرضى [8]. ووجدت مراجعة لخمسين دراسة أن التعليم بالمحاكاة ارتبط بفائدة صغيرة إلى متوسطة للمرضى مقارنة بعدم التدخل، على ضعف منهجي يتكرر في تلك الدراسات [9].

**المنهج الخفي والتقييم.** راجعت دراسة استطلاعية 197 بحثًا في «المنهج الخفي»، فوجدت أن المفهوم يُفهم غالبًا فهمًا سلبيًا، وأنه يعمل عبر أربعة حدود: مؤسسية تنظيمية، وشخصية اجتماعية، وسياقية ثقافية، ودافعية نفسية [10]. وأما التقييم فقد وجدت مراجعة استطلاعية لست وستين دراسة أن التحيز في التقييمات الملحوظة دُرس أساسًا في الجنس، ثم في العرق، مع نقص واضح في دراسة الهويات الأخرى [11]. ووجدت مراجعة أخرى أن طلاب الأقليات العرقية ينالون تقديرات الامتياز أقل من أقرانهم، وأن لغة التقييم المكتوب نفسها تختلف بحسب العرق [12].

بيئة التعلم. وجمعت مراجعة منهجية وتحليل تلوي لدراسات المتدربين في الطب أن 59.4% منهم أفادوا بتعرضهم لصورة واحدة على الأقل من التحرش أو التمييز في أثناء التدريب، وكان التحرش اللفظي أكثرها، وكان الاستشاريون أكثر مصادره ثم المرضى وذووهم [50]؛ فما وجدته الدراسة السعودية المذكورة آنفًا [4] ليس استثناءً محليًا، بل نمط يتكرر في بيئات التدريب.

**ما يضيفه الفصل.** كل دراسة من هذه تتناول مسألة واحدة على حدة: الإذن، أو الإشراف، أو المحاكاة، أو التقييم. ويضيف الفصل ثلاثة أمور: أن يجمعها في علاقة واحدة بين المريض


CC BY-NC-ND 4.0

والمتدرب والمشرف والمنشأة؛ وأن يؤصلها فقهيًا بأحكام الإذن والستر والضمان والأمانة؛ وأن يربطها بالنصوص السعودية النافذة في الإذن والتدريب والتظلم.

### المشكلة والسؤال المركزي

وتنشأ المعضلة حين تتزاحم مصالح كلها مشروعة: حاجة المجتمع إلى ممارسين أكفاء مع حق المريض المعين في بدنه وستره ورضاه؛ وحق المتدرب في فرصة تعلم حقيقية مع سلامة المريض من منحنى التعلم؛ وسلطة المشرف في التقييم مع حق المتدرب في تقييم عادل. ولا يحسم ذلك شعار عام يُرفع، وإنما يحسمه أن تحدد النشاط، ومن يقوم به، وبأي إذن، وتحت أي إشراف، ومتى يتوقف.

والسؤال المركزي: **كيف نعلّم على المرضى بطريقة تحميهم، ثم نُشرف على المتدربين ونقيّمهم بطريقة تحمي المرضى وتنصف المتدربين معًا؟**

### الأهداف والحدود

ويريد الفصل أن يخرج منه القارئ وقد عرف كيف يميز بين حق المريض في الرعاية وحاجة المؤسسة إلى التعليم؛ ومتى يكفي التعريف والموافقة الشفهية، ومتى يلزم إذن صريح أو مكتوب؛ وكيف يضبط دور الطالب والمقيم بالكفاءة والإسناد التدريجي ومستوى الإشراف؛ وكيف يدير الخطأ الواقع في سياق التعلم؛ وكيف يكشف آثار المنهج الخفي والتحيز في التقييم؛ وكيف يحلل الحالات بنموذج الأركان الأربعة.

ولا يبسط الفصل ما له فصله الأم، بل يذكر منه ما يخص التعليم ويحيل: فأصل الإذن وشروطه والقدرة على القرار في الفصل 5، وحقوق المريض والستر والحدود المهنية في الفصل 6، والسر الطبي وحماية البيانات في الفصل 7، والإفصاح عن الخطأ في الفصل 8، وضمان الطبيب وتوزيعه على الفريق في الفصل 10، والثقافة العادلة والضحية الثانية في الفصل 11، وحقوق الممارس وساعات العمل والإرهاق في الفصل 12، ولجان الأخلاقيات في الفصل 13، والتنمر والتحرش داخل الفريق في الفصل 14، وتدريب المهن الصحية المساندة في الفصل 16. وتفصيل نموذج الأركان الأربعة وبواباته في الفصل 4. ولا يغني الفصل عن سياسة المنشأة ولوائح الهيئة النافذة عند التطبيق.

## أولًا: الركن الطبي

### 1-1 المريض شريك في التعليم

تبدأ الخبرة التعليمية بتحديد غرضها: هل النشاط جزء من رعاية المريض وسيقوم به متدرب، أم نشاط إضافي لغرض التعليم وحده؟ في الأول قد تنفع المشاركة المريض بزيادة الوقت والانتباه والمراجعة، لكنها لا تعفي من تعريفه بصفة المتدرب وبمن يشرف عليه. وفي الثاني تكون حاجته إلى إذن أوضح؛ لأن منفعة النشاط تعود أساسًا إلى المتعلم أو المؤسسة. وتفصيل الأهلية وشروط الإذن الصحيح في الفصل 5؛ ولا يذكر هنا إلا ما يخص النشاط التعليمي.

ويُشرك المريض إشراكًا صحيحًا عندما:


CC BY-NC-ND 4.0

- يتلقى تعريفًا واضحًا: «أنا طالب طب في السنة الخامسة» أو «أنا طبيب مقيم في السنة الثانية، وأعمل مع الدكتور فلان».
- يعرف ما سيجري، ومن سيقوم به، وهل هو لازم لرعايته أم تعليمي إضافي.
- يفهم أن الرفض لا يؤثر في جودة علاجه ولا في علاقته بالفريق.
- يُسأل في وقت يسمح باختيار حر، لا بعد كشفه أو تخديره أو ازدحام الغرفة.
- يُحترم طلبه خروج بعض الحاضرين أو إيقاف النشاط.
- لا تتكرر عليه الفحوص لمجرد توافره، خصوصًا إذا كان متألمًا أو طفلًا أو في مخاض أو فاقد الأهلية.

وتقرر مدونة أخلاقيات الجمعية الطبية الأمريكية أن للمريض أن يعرف هوية الطالب ومستواه التدريبي وأن يرفض مشاركته، وأن على الطبيب التأكد من رغبة المريض قبل إشراك الطالب، وأن يُعلمه بمشاركة المتدربين قبل إجراء يكون فيه عاجزًا مؤقتًا كالتخدير [13].

## 1-2 مصفوفة الإذن بحسب النشاط

يزداد وضوح الإذن كلما زادت خصوصية النشاط أو خطورته أو بعده عن الرعاية المباشرة. والجدول الآتي اجتهاد تطبيقي يترجم هذه القاعدة إلى مستويات، ولا يحل محل سياسة المنشأة.

**جدول: الإذن المناسب بحسب النشاط التعليمي**

| النشاط | الإذن المناسب | الحماية المطلوبة |
|---|---|---|
| مشاهدة جولة أو عيادة | تعريف مسبق وموافقة واضحة، مع تقليل العدد | عدم مناقشة ما لا يلزم أمام الجميع |
| أخذ قصة مرضية | إذن صريح يوثَّق في الملف | تجنب إعادة الأسئلة الحساسة بلا حاجة، ثم مراجعة المشرف |
| فحص عام غير حميم | إذن صريح يوثَّق في الملف بعد شرح دور المتدرب | إشراف بحسب الكفاءة وحالة المريض |
| فحص حميم أو تناسلي أو شرجي | إذن صريح محدد، ومرافق أو مراقب مهني، وأعلى درجات الستر | لا يُفترض من نموذج عام، ولا يُكرر للتعليم |
| مشاركة المريض في اختبار سريري أو عرض تعليمي خارج رعايته | إذن صريح مكتوب يحدد العدد والمدة وحق الانسحاب | منسق يراقب عبء المريض، وحد أقصى للفاحصين |
| إجراء باضع أو عالي الخطورة | ذكر صفة المنفذ المتوقع وإشرافه في الإذن الإجرائي | تحقق الكفاءة، وخطة تدخل المشرف |
| فحص تحت التخدير | إذن صريح سابق يذكر الفحص التعليمي ومن قد يجريه | لا يُستأذن بعد فقد الأهلية، ولا تكفي عبارة «أي إجراءات لازمة» |
| تصوير أو تسجيل للتعليم | إذن منفصل يحدد الغرض والجمهور والحفظ والمدة | إزالة الاسم لا تلغي كل مخاطر التعرف |


CC BY-NC-ND 4.0

| النشاط | الإذن المناسب | الحماية المطلوبة |
|---|---|---|
| | وإمكان الانسحاب | |
| استعمال بيانات أو عينات للتعليم | وفق الإذن والسياسة وحوكمة البيانات | الحد الأدنى، والأمن، وعدم الاستعمال خارج الغرض |
| تدرب الطلاب على بعضهم | موافقة حرة قابلة للرفض بلا عقوبة | التشدد مع الحميمية أو الألم، وبدائل بالمحاكاة |

وما نص الدليل السعودي للإذن الطبي على كتابته يُكتب، وحيث تشترط سياسة المنشأة، تطبيقًا للدليل، الكتابة في نشاط تدريبي، قُدمت على هذا الجدول (انظر 4-1).

وفي الفحص الحوضي تحت التخدير خاصة، تقرر الكلية الأمريكية لأطباء النساء والولادة أن الفحص الحوضي على امرأة مخدَّرة، إذا لم يكن لها فيه نفع شخصي وأُجري لغرض التعليم وحده، لا يُجرى إلا بإذنها المستنير المحدد قبل الجراحة [14]. وتنتهي الأدبيات الأخلاقية في هذه المسألة إلى أن الفحوص الحميمة التعليمية لا تُجرى إلا بإذن صريح من المريضة [15].

ويلحق بذلك نشاطان. الأول التدرب على الإجراءات على من توفي للتو، كالتنبيب أو تركيب القسطرة. فقد قررت مدونة أخلاقيات الطب للجمعية الطبية الأمريكية (الرأي 9.2.3) ألا يُجرى ذلك إلا ضمن تسلسل تدريبي منظم، في بيئة تحفظ الاحترام، وبما يوافق ما عُرف من رغبة المتوفى، فإن لم تُعرف فبإذن أسرته، وألا يُجرى أبدًا إذا جُهلت رغبته ولم يأذن من يقوم مقامه، مع توثيقه في السجل وسياسة مؤسسية واضحة [41]. وحرمة الميت في الشريعة أصل لا يُتجاوز بحجة التعليم؛ ولم نقف على قرار فقهي خاص بالتدريب الإجرائي على المتوفى حديثًا، فمرده إلى جهة الفتوى، والمحاكاة تغني عنه في أكثر المهارات (انظر المطلب 1-7).

والثاني البث المباشر للعمليات. فقد اشترط بيان الكلية الملكية للجراحين بإنجلترا (أغسطس 2017م) موافقة كتابية من المريض نفسه، منفصلة عن إذن العملية، ونبّه إلى أن تفاعل الجمهور وضغطه قد يصرفان الجراح عن واجبه الأول نحو المريض، وجعل وجود وسيط بين الجراح والجمهور أمرًا لازمًا يقطع البث إذا ظهرت مخاوف، وقرر أن واجب العناية بالمريض هو المبدأ الحاكم لأي تدخل جراحي [42]. فلا يُطال الإجراء ولا يُغيَّر لأجل العرض، ومتى تعارض التعليم مع سلامة المريض قُدمت السلامة. وأحكام التصوير والتسجيل عمومًا في الفصل 5 (المطلب 1-6).

## 1-3 حدود دور الطالب والمقيم

**جدول: فئات المتعلمين وحدود أدوارهم**

| الفئة | الصفة العملية | الحد الحاكم |
|---|---|---|
| طالب الطب | متعلم غير مستقل، يلاحظ ويجمع المعلومات ويفحص أو يساعد بإذن وإشراف | لا يقدم نفسه طبيبًا، ولا يتخذ قرارًا علاجيًا مستقلًا |
| طبيب الامتياز | خريج في تدريب تطبيقي منظم | يعمل في الصلاحيات المعتمدة وتحت إشراف |
| الطبيب المقيم | طبيب مسجل في برنامج تخصصي، تتدرج مسؤولياته | لا يساوي تقدمه الزمني كفاءته في كل إجراء |


CC BY-NC-ND 4.0

| الفئة | الصفة العملية | الحد الحاكم |
|---|---|---|
| الزميل | متدرب متقدم في تخصص دقيق | تبقى بعض الإجراءات محتاجة إلى إشراف مباشر أو قريب |
| المشرف | صاحب المسؤولية السريرية والتعليمية | لا يفوض ما لا يُفوَّض، ويبقى متاحًا ومتدخلًا عند الحاجة |

لا يوقّع الطالب بصفة طبيب، ولا يصدر وصفة أو قرار خروج، ولا يتلقى من المريض إذنًا علاجيًا نيابة عن المسؤول. ويمكنه أن يجمع المعلومات ويقترح خطة ويتدرب تحت الإشراف، بشرط أن يراجع المسؤول البيانات قبل أن تُبنى عليها الرعاية.

أما المقيم فطبيب يمارس داخل برنامج، لكن استقلاله متدرج. فلا يصح أن يُقال للمريض «الاستشاري 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 تفويض صريح محدود: المهمة، وحدودها، ونقطة الاتصال، ومؤشرات الإيقاف، وخطة الإنقاذ.

وتستدعي الإشارات الآتية تصعيدًا فوريًا إلى المشرف:

- تدهور العلامات الحيوية أو تغير التشخيص المتوقع.
- فشل المحاولة الأولى إذا كان تكرارها يزيد الضرر.
- تجاوز الإجراء خبرة المتدرب، أو تغير أدواته أو التشريح المتوقع.
- عدم فهم المريض لهوية المنفذ، أو سحبه موافقته.
- اختلاف جوهري بين خطة المتدرب وخطة المشرف.
- شعور المتدرب بأنه غير آمن، ولو ظن المشرف أنه «ينبغي أن يعرف».

## 1-4 الإسناد التدريجي ومستويات الإشراف

المبدأ المعاصر أن تُسند المهمة بعد تحقق كفاءة المتدرب فيها وفي سياقها، لا بمجرد انقضاء أشهر من البرنامج. وقد صاغ مفهوم «الأنشطة المهنية القابلة للإسناد» طريقة تربط الصلاحية بأداء يمكن ملاحظته: هل يستطيع المتدرب إنجاز المهمة تحت إشراف مباشر، أو مع إشراف قريب غير مباشر، أو باستقلال نسبي مع مراجعة لاحقة [16]؟

ويتأثر قرار الإسناد بخمسة عناصر:

1. المتدرب: المعرفة والمهارة والخبرة السابقة، والوعي بالحدود، والصدق في طلب المساعدة.
2. المهمة: درجة التعقيد، واحتمال الخطأ، وإمكان تدارك الضرر.
3. المريض: الاستقرار والهشاشة والتفضيلات ووجود بدائل.
4. المشرف: خبرته وتوافره وسرعة وصوله.
5. البيئة: ضغط العمل والموارد والليل والطوارئ ووضوح البروتوكول.

**جدول: مستويات الإشراف**

| المستوى | الوصف | أمثلة مناسبة |
|---|---|---|
| إشراف مباشر | المشرف حاضر ويرى الخطوة | أول إجراء، وفحص حميم، |


CC BY-NC-ND 4.0

| المستوى | الوصف | أمثلة مناسبة |
|---|---|---|
| | الحاسمة | ومريض غير مستقر، وإجراء عالي الخطورة |
| إشراف غير مباشر قريب | المشرف في المنشأة ويستطيع الحضور فورًا، وقد راجع الخطة | مهام أتقنها المتدرب مرات موثقة في مريض مستقر |
| إشراف متاح عن بعد | تواصل فوري وخطة تصعيد واضحة، ثم مراجعة قريبة | مهام منخفضة الخطورة لمتدرب متقدم |
| مراجعة لاحقة | ينجز المتدرب المهمة ثم تُراجع النتائج | لا تُستعمل لمهام يسبب تأخير التدخل فيها ضررًا جسيمًا |

والإشراف المناسب متغير؛ فقد ينتقل من غير مباشر إلى مباشر عند تغير حالة المريض، أو فشل المحاولة الأولى، أو تغير التقنية، أو شعور المتدرب بعدم الأمان.

ومن تفاصيل الإسناد: سحبه المؤقت. فالإسناد قرار متحرك في الاتجاهين؛ فكما يُخفَّف الإشراف بثبوت الكفاءة، يُرفع إذا تكرر ما يدل على خلل. ومثاله متدرب في السنة الثانية من برنامج الباطنة أُسند إليه تدبير المريض المستقر في الجناح، فوقعت منه في ثلاثة أشهر ثلاثة حوادث: تأخر في تشخيص حالة قلبية، وإغفال نتيجة فحص، وتوثيق غير دقيق. فالسؤال ليس: هل يُعاقب؟ بل: ما سبب التعثر، وكيف يُحمى المرضى في أثناء إصلاحه؟ وقد نبّه دليل AMEE رقم 76 إلى أن «مشكلة المتعلم» قد يكون مصدرها المتعلم أو المعلم أو النظام، وأن خطة المعالجة تحدد المشكلة، والتدخل، ومن يشارك فيه، ومدته، وطريقة تقييمه وتوثيقه، وضمان الإنصاف الإجرائي [36]. والمسار العملي سبع خطوات:

1. لقاء آمن محترم في مكان مغلق، يبدأ بالاستكشاف لا بالعقوبة: «لاحظت تغيرًا، وأنا مهتم بك»، ثم أسئلة مفتوحة عن الإرهاق والمرض والظروف الشخصية.
2. تقييم متعدد الأدوات لا انطباع مقيّم واحد: التقييم متعدد المصادر (MSF)، ومناقشة حالات من عمله (CBD)، ومراجعة الحوادث نفسها (انظر المطلب 2-5).
3. عرض تقييم للصحة النفسية والإرهاق بلطف وسرية؛ فقد يكشف إنهاكًا أو اكتئابًا قابلًا للعلاج (انظر المطلب 2-6).
4. سحب الإسناد في النشاط المعني مؤقتًا ورفع مستوى الإشراف فيه، مع بيان صريح للمتدرب أن ذلك تدبير حماية له وللمريض، لا عقوبة.
5. خطة تعلم فردية مكتوبة: نقل مؤقت إلى موقع بإشراف أعلى، وتخفيف المناوبات عند الحاجة، ومرشد إضافي، وأهداف قابلة للملاحظة، ومراجعة دورية قريبة.
6. إعادة الإسناد بدليل كفاءة موثق، لا بمرور الوقت ولا بالتعاطف، ثم رفع القيد فلا يبقى وصمة في ملفه.
7. إن ظهر سلوك متعمد، كالتزوير أو الإهمال المتعمد أو رفض التقييم، انتقل الأمر إلى المسار التأديبي في لوائح الهيئة [2]، منفصلًا عن مسار الدعم.

وتوجب سياسة الرفاه في الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، إذا ظهرت على المتدرب شكوى نفسية أو تراجع في الأداء بلا سبب واضح أو غياب متكرر، أن يقيّمه مدير البرنامج أو مرشده الأكاديمي أولًا، ثم يوجهه إلى عيادة الرفاه في برنامج «داعم» إذا رأى أن مشكلات نفسية أو


CC BY-NC-ND 4.0

أسرية أو اجتماعية تؤثر في تدريبه، وأن يمر المدربون ومديرو البرامج بهذا التسلسل قبل أي إجراء تأديبي، وأن تؤخذ توصيات لجنة الرفاه في الحسبان عند تقرير التأديب [37]. وهذا هو الأصل الذي قرره الفصل 14 في الممارس المتعثر (المطلبان 1-5 و5-3): التعثر لا يساوي سوء السلوك، والعودة تُبنى على دليل كفاءة. وما يختص به المتدرب أن البرنامج مسؤول عن بيئة تعلمه وإشرافه، فلا يُحمَّل وحده ما صنعه جدول مرهق أو إشراف غائب (انظر المطلب 1-6).

## 1-5 الإشراف بوصفه تدخلًا لسلامة المريض

الإشراف ليس حضور اسم الاستشاري في الملف؛ بل معرفة حال المتدرب والمريض، وتحديد ما يستطيع المتدرب إنجازه، والتوافر في الوقت المناسب، والتدخل عند الحاجة، والمراجعة والتغذية الراجعة. وقد ارتبط الإشراف في الدراسات بانخفاض الوفيات والمضاعفات، وكان الدليل أقوى في الإشراف المباشر على الإجراءات [6، 7]. فالمشرف الجيد لا يراقب كل حركة ولا يختفي؛ بل يضبط المسافة بين الاستقلال والحماية.

وتتكون دورة الإشراف من ست خطوات:

8. إحاطة قبل المهمة: حال المريض، وهدف التعليم، ودور كل شخص، وحدود القرار.
9. تحقق من الكفاءة: سجل الأداء، لا الثقة أو الأقدمية وحدها.
10. اتفاق على مستوى الحضور: مباشر أو قريب أو متاح، وطريقة الاستدعاء.
11. مراقبة النقاط الحرجة: بداية الإجراء، والتحول، والنزف، والقرار الذي لا رجوع فيه.
12. تدخل مبكر محترم: يتسلم المشرف دون إذلال المتدرب ودون إخفاء الأمر عن المريض.
13. استخلاص بعد المهمة: ما الذي نجح؟ وما الخطر؟ وما الخطوة التالية في الإسناد؟

ولا يجوز أن يستعمل المشرف المريض لاختبار «هل ينجح المتدرب وحده؟» إذا كان الفشل يسبب ضررًا يصعب تداركه. ولا يجوز للمتدرب أن يخفي قلة خبرته خوفًا من التقييم؛ فالبيئة التي تعاقب طلب المساعدة تنتج خطأً يمكن توقعه.




شكل: دورة الإشراف في ست خطوات، من الإحاطة قبل المهمة إلى الاستخلاص بعدها.


CC BY-NC-ND 4.0

### 1-6 الخطأ في سياق التعلم: التكليف والإشراف

الخطـأ الواقـع في سـياق التعلم لا يعفي من المسـؤولية، ولا يُحمَّـل للمتـدرب وحـده. وتفصـيل الاستجابة للخطـأ والإبلاغ عنـه والثقافـة العادلـة ودعم الضـحية الثانيـة في الفصـل 11، والإفصـاح للمريض في الفصل 8. وما يختص به التعليم أربعة أسئلة تُفحص بعد تأمين المريض:

- هل كانت المهمة في حدود الكفاءة الموثقة للمتدرب؟
- هل كان مستوى الإشراف متناسبًا مع الخطر، وهل كان المشرف متاحًا فعلًا؟
- هل طلب المتدرب المساعدة، وهل استُجيب له؟
- هل دفعت المنشأة إلى المهمة بعدد مشرفين غير كافٍ أو بجدول لا يسمح بالإشراف؟

وفي الإفصاح لا يُترك المتدرب وحده أمام الأسـرة، ولا يُحجب عنـه التعلم؛ يقـود اللقـاء المسـؤول السـريري، ويشـارك المتـدرب في التحضـير بقـدر نضـجه ورغبـة المـريض. والتميـيز بين الهفـوة والسلوك المحفوف بالمخاطر والتهور الواعي مبسوط في الفصل 11؛ ويضـاف هنـا أن المشـرف والمنشأة لا يُعفيان إذا دفعا المتدرب إلى مهمة فوق كفاءته، أو تطبّع فيهما غياب الإشراف.

### 1-7 المحاكاة: جسر لا بديل مطلق

تتيح المحاكاة تدريب المهارات التقنية والتواصلية والعمـل الجمـاعي وإدارة الأزمـات دون تعـريض المريض للمرحلة الأولى من منحنى التعلم، وقد ارتبطت بتحسن المهارات وبعض نتائج المرضـى [8، 9]. لكنها لا تلغي الحاجة إلى مريض حقيقي، ولا تضمن نقل الكفاءة تلقائيًا.

وللمحاكاة أخلاقها:

- أن يناسب السيناريو المستوى والهدف، لا أن يكون استعراضًا أو فخًا.
- أن تسبقه تهيئة توضح الخيال المتفق عليه وحدود السرية.
- ألا يُذل المتدرب، وألا يُستعمل التسجيل خارج الغرض المعلن.
- أن يُراعى أثر سيناريوهات الوفاة والعنف فيمن مروا بخبرات صادمة.
- أن يُدرَّب الميسّر على استخلاص يحفظ الأمان النفسي.
- أن يُفصل التسجيل التعليمي عن البحث والتقييم عالي المخاطر إلا بإذن وسياسة معلنة.
- ألا يُنقل المتدرب إلى إجراء حقيقي لمجرد نجاح واحد؛ بـل بعتبـة إتقـان وتحقـق في البيئـة السريرية.

## ثانيًا: الركن الأخلاقي

### 2-1 الاستقلالية والصدق في الصفة

والاستقلالية هنا ليست توقيعًا على نموذج، بل أن يعرف المريض من يلمسه ولماذا. فإخفـاء صـفة الطالب، أو تقديم المقيم بصفة «الاستشاري»، خداع ولو كان الغـرض تجنب الـرفض. والـرفض لا يحتاج إلى تبرير؛ فلا يُقال للمريض إن عليه «رد الجميـل للمستشـفى التعليمي»، ولا يُلمَّح لـه إلى أن علاجه سيتأخر.


CC BY-NC-ND 4.0

والمريض قد يشعر بالامتنان، أو بالتبعية، أو يخاف أن يُغضب طبيبه، وهذا كله يُضعف الطوعية (انظر الفصل 5، المبحث ثانيًا). فاطلب الإذن قبل أن يُكشف المريض، وبصيغة محايدة: «وجود الطالب اختياري، وسيبقى علاجك كما هو إن رفضت». وفي الفحص الحميم أو تحت التخدير يلزم نص أكثر تحديدًا، ووقت يسمح للمريض بالسؤال.

## 2-2 الإحسان وعدم الإضرار: عبء التعليم على المريض

والتعليم يحقق مصلحة مستقبلية للمجتمع، وقد يحقق منفعة حالية للمريض. ولكنه يحمل أضرارًا محتملة: تكرار الفحص، وتأخير القرار، وانكشاف الخصوصية، وخطأ المبتدئ، والحرج. والموازنة لا تكون بإلغاء التدريب، وإنما بتصميمه بحيث لا يتحمل مريض واحد عبئًا غير متناسب.

والمبدأ في ذلك سهل الحفظ: ابدأ بالأقل ضررًا، وتدرج، وراقب، وتوقف مبكرًا. فلا يُقبل أن تتكرر محاولات إدخال أنبوب أو سحب دم لتوفير فرصة لكل طالب. وعلى المشرف أن يحدد عدد المحاولات مسبقًا، وأن يتسلم الإجراء عند بلوغ الحد أو ظهور ألم أو خطر. وقد انتهت مناقشة أخلاقية لضيق المرضى من تعلم المتدربين الإجراءات عليهم، وللضيق الأخلاقي الذي يجده الطلاب في ذلك، إلى ثلاثة حلول مؤسسية: تقديم التدرب بالمحاكاة لتقليل الخطر على المرضى، وسياسات تضمن الإفصاح الصادق عن دور المتدرب، وثقافة سلامة تقدّر الاعتراض ولا تعاقب عليه [17].

## 2-3 العدالة وتوزيع عبء التعليم

وقد يتركز التعليم على الفقراء، أو على من لا يتكلمون لغة الفريق، أو على مرضى المستشفيات العامة، لأنهم أقل قدرة على الرفض. وهذه عدالة مختلة: منفعة التدريب للجميع، وعبؤه على الأضعف. فينبغي رصد أنماط القبول والرفض والتكرار، وتوفير مترجم، وعدم استغلال الحاجة إلى العلاج المجاني، وتوسيع المحاكاة والمرضى المعياريين.

والعدالة تشمل المتعلم أيضًا: فرص إجراءات متقاربة بين المتدربين، ومعايير إسناد معلنة، فلا يُحجب التدريب ولا يُمنح بالمحاباة، وتسهيلات معقولة للمتدربين ذوي الإعاقة ما دامت الكفايات الجوهرية تتحقق بوسائل مأمونة.

## 2-4 المنهج الخفي والقدوة

المنهج الرسمي يقول: «احترم المريض وأفصح عن الخطأ». أما المنهج الخفي فقد يقول: «وقّع بسرعة، ولا تعترض على الاستشاري، ولا تذكر الخطأ». فأيهما يتعلم المتدرب؟ إنه يتعلم مما يراه في السلوك اليومي أكثر مما يسمعه في المحاضرة. والمفهوم في الأدبيات يغلب عليه الوصف السلبي، ويعمل عبر المؤسسة والعلاقات والثقافة ودوافع الفرد معًا [10].

ومن علاماته:

- السخرية من المرضى أو من تخصصات أو فئات مهنية.
- استبدال الأوامر أو الترهيب بالشرح.
- مكافأة من يعمل وهو منهك أو مريض بوصفه «أكثر التزامًا».
- التستر على الخطأ حماية لسمعة الفريق.
- وصف طلب المساعدة بالضعف.


CC BY-NC-ND 4.0

- استعمال التقييم لمعاقبة من أبلغ عن خطر أو تحرش.
- تجاهل السلوك السيئ لأن صاحبه جراح ماهر أو باحث منتج.

وإنما يكون الإصلاح مؤسسيًا: قدوات معلنة، وقياس دوري لبيئة التعلم، وقنوات سرية، وحماية من الانتقام، وتغذية راجعة لأعضاء هيئة التدريس، وربط صلاحية الإشراف بالسلوك المهني لا بالإنتاج وحده. أما التنمر والتحرش داخل الفريق وأحكامهما ومسار الشكوى فيهما فمبسوطة في الفصل 14 (انظر الفصل 14، المبحثين ثانيًا ورابعًا)، وساعات العمل والإرهاق في الفصل 12؛ ويُقتصر هنا على أثر بيئة التعلم في المتدرب والمريض.

## 2-5 التقييم العادل

والتقييم الأخلاقي ليس رقمًا يبدو دقيقًا في الظاهر فحسب. فقد صاغت أدبيات القياس الطبي معايير الصلاحية والموثوقية وقابلية التطبيق والأثر التعليمي [18، 19]، ثم طورت «التقييم البرنامجي» الذي يجمع نقاطًا متعددة ليُبنى عليها قرار أغنى، مع تحديات في عبء التقييم وتفاوت فهمه [20]. ولذلك ينبغي أن يكون التقييم:

- صالحًا: يقيس الكفاءة التي يقرر فيها.
- موثوقًا: لا يتغير جذريًا بتغير المقيِّم أو يوم واحد.
- شفافًا: يعرف المتدرب معاييره وتبعاته.
- متعدد الأدوات والملاحظين: معرفة، ومهارة، وسلوك، وأداء في السياق.
- تعليميًا: ينتج تغذية راجعة وخطة تحسين.
- قابلًا للمراجعة: مع فصل التظلم عن صاحب القرار الأصلي.
- حساسًا للتحيز: يدقق الفروق في الدرجات واللغة والفرص.

والدراسات المذكورة في التمهيد عن التحيز في التقييم الملحوظ وفي تقديرات الامتياز [11، 12] لا تثبت أن كل فرق ظلم، ولكنها تفرض على المؤسسة أن تحلل بياناتها، وتدرب المقيّمين، وتتجنب الأوصاف الشخصية المبهمة مثل «لطيفة» أو «عدواني» بلا سلوك يمكن ملاحظته. فالمعيار الجيد يصف فعلًا: «لم يبلغ عن نتيجة حرجة رغم تنبيهين»، ولا يصف هوية: «غير ناضج». ويُسمح للمتدرب بالاطلاع والرد، ويُمنع تضارب المصالح، ولا ينفرد مقيّم واحد بقرار الفصل. وإن استُعمل الذكاء الاصطناعي في فرز التعليقات أو تلخيصها فهو مساعد فقط، مع تدقيق بشري وحق اعتراض.

ومن تمام التقييم العادل التغذيةُ الراجعة البنّاءة؛ فهي الجسر بين الملاحظة والتحسن. وقد جمع Lefroy وزملاؤه إرشادات التغذية الراجعة في التعليم السريري، ومن أبرزها: أن تقوم على ملاحظة مباشرة من مصدر موثوق، وأن تكون محددة بكيفية أداء المهمة وكيف ينبغي أن تؤدى، وأن تبيّن هل المطلوب تحسينٌ لازم لبلوغ الحد المقبول أم صقلٌ لأداء مقبول، وأن تكون قابلة للتنفيذ، وأن تجري حوارًا يجمع تقييم المتدرب لنفسه إلى ملاحظة المشرف، وأن يُتاح للمتدرب بعدها فرصة يُظهر فيها التحسن [44]. ومن نماذجها في مهارات التواصل التحليلُ الذي يبدأ بأجندة المتعلم ويقيس الأداء بالغاية المقصودة (ALOBA): يُسأل المتدرب أولًا عما لاحظه وما يريد المساعدة فيه، ثم يقيّم نفسه، ثم تُعرض الملاحظة وصفًا لسلوك لا حكمًا على شخص، وتُقترح البدائل وتُجرَّب [45].

ومثاله: مريض يشكو أن «الطبيب الصغير لم ينظر إليّ». فلا تُنقل الشكوى إلى المقيم توبيخًا أمام الفريق، ولا يُكشف اسم المريض بلا حاجة؛ بل يجلس المشرف معه على انفراد، ويبدأ


CC BY-NC-ND 4.0

بسؤاله عن تقـديره للزيـارة، ثم يعـرض الملاحظـة محـددة: «ذكـر أحـد المرضـى أنـك كتبت على الشاشة طوال الزيارة دون أن تنظر إليه»، ويستكشف السياق من ضـغط العيـادة أو قلـة الخـبرة بالنظام الإلكتروني، ثم يتفقان على سلوك واحد قابل للملاحظة، كـأن يبـدأ كـل زيـارة بـالنظر إلى المريض والإصغاء إليه قبل الشاشة، ويُتابَع ذلك بعـد مـدة متفـق عليهـا بملاحظـة مباشـرة مقننـة، كتقييم الممارسة السريرية المصغّر (mini-CEX) الذي تذكره مناهج الهيئة أداةً للتقييم [46].

وتُبنى هذه الأدوات على أطر للكفاءة تعرّف ما يُقيَّم. فقـد اعتمـدت الهيئـة السـعودية للتخصصـات الصحية إطار CanMEDS منذ سنة 2011م، كمـا تنص مناهجهـا [46]؛ وهـو إطـار الكليـة الملكيـة للأطباء والجـراحين في كنـدا، ويـوزع الكفـاءة في طبعتـه المعمـول بهـا على سـبعة أدوار: الخبـير الطبي، والمتواصل، والمتعاون، والقائد، والمدافع عن الصحة، والبـاحث العـالِم، والمهـني، والكليـة تعمل على مراجعته في طبعة جديـدة [47]. وفي الولايـات المتحـدة جعـل نظـام الاعتمـاد الجديـد الذي بدأه مجلس اعتماد التعليم الطبي العالي سنة 2013م «المعالم» (Milestones) ركنًـا فيـه، وهي مسـتويات خمسـة لكـل كفـاءة تمتـد من المقيم المبتـدئ إلى المسـتوى المـأمول، ويـدل المسـتوى الرابـع غالبًـا على الجاهزيـة للممارسـة دون إشـراف [48]. والعـبرة الأخلاقيـة أن يُعلَن الإطار للمتدرب قبل أن يُقيَّم به، وأن يُصاغ الحكم بسلوك يمكن ملاحظته، لا بانطباع عام.

## 2-6 كرامة المتعلم وجسده

التدريب صعب بطبيعته، ولكنه لا يحتاج إلى إذلال. فلك يا أخي المشرف أن توقـف المتـدرب أمـام المريض لحماية السـلامة، ثم تشـرح لـه ذلـك بـاحترام؛ وليس لـك أن تجعـل التصـحيح سـخرية أو تهديدًا. والأمان النفسي لا يعني غياب المساءلة، بل أن يقدر المتدرب على أن يقول: «لا أعـرف»، و«أحتاج مساعدة»، و«أخشى وجود خطأ»، من غير خوف غير مشروع.

وتقرر مدونة الجمعية الطبية الأمريكية في تدرب الطلاب على المهـارات السـريرية فيمـا بينهم أن يُطلب من الطلاب إذن محدد بأداء زملائهم المهارات عليهم، وأن يُخيَّـروا قبـل دخـول القاعـة، وألا يُعاقَبوا على الرفض، ولا يُقيَّم أداؤهم العام بحسـب اسـتعدادهم للتطـوع، وألا يوضـعوا في موقـف ينتهك خصوصيتهم أو حياءهم [21]. فجسد الطالب ليس موردًا إلزاميًـا لتعليم زملائـه، وإنمـا تُـوفَّر بدائل المحاكاة أو المريض المعياري، ويشتد ذلك في المهارات الحميمية.

ومن كرامة المتعلم صحته النفسية. فالتـدريب الطـبي يجمـع سـاعات طويلـة، وخوفًـا من الخطـأ، وثقافة قد تعدّ الشكوى ضعفًا. وقد وجد تحليل تجميعي لخمس وعشرين دراسة أن نسـبة الانتحـار بين الأطبـاء إلى عمـوم السـكان بلغت 1.41 في الرجـال و2.27 في النسـاء [38]. ومثالـه في التدريب: متدرب في السنة الرابعة من جراحة الأعصـاب تلاحـظ مدربتـه أنـه يبكي بين العمليـات، ونقص وزنه، ويبدو منهكًا؛ فلما سألته أفصح بأنه يفكر «أحيانًا» في إيذاء نفسه، دون خطة محددة، وهو يرفض الحديث مع أحد، ويخشى أن يعلم برنامجه أو أسرته، ويصر على إكمال التدريب.

فما الذي تفعله المدربة؟ تبدأ بلقاء سري آمن، تشكر فيه شجاعته على الإفصاح، وتثبّت صـلتها بـه («أنا معك، وسنجد الطريـق معًـا»)، ثم تسـأله سـؤالًا مباشـرًا هادئًـا عن الخطـة والوسـيلة والنيـة والمحاولات السابقة، على ما في الفصـل 27 (المطلب 1-5). ثم تفعّـل الـدعم في اليـوم نفسـه: الطب النفسـي الاستشـاري في المنشـأة، أو عيـادة الرفـاه في برنـامج «داعم» التـابع للهيئـة السعودية للتخصصات الصحية، أو عيادة مرخصـة خـارج المنشـأة إن فضّـلها [39]. ويُعـرَّف كـذلك بخدمات الاستشارة النفسية المجانية السرية، كتطـبيق «قريبـون» الـذي يقدمـه المركـز الوطـني


CC BY-NC-ND 4.0

لتعزيز الصحة النفسية [40]. فإن ظهرت خطة محددة أو وسيلة متاحة أو نية قريبة فلا انتظار: يُرافَق إلى تقييم نفسي عاجل في الطوارئ، ولا يُترك وحده.

والسرية هنا حق ووسيلة علاج معًا، ولكنها ليست مطلقة. فسياسة الرفاه في الهيئة تمنع كتابة أي تقرير عن المتدرب دون موافقته المكتوبة إلا عند «محفزات السلامة»، ومنها أن يُظهر علامات أو أفكارًا بإيذاء نفسه أو غيره؛ وعندئذ يُبلَّغ مدير البرنامج عاجلًا بالقنوات الرسمية، ويُحال المتدرب رسميًا إلى الطب النفسي لتقييم كامل يُرفع عنه تقرير سري، ويُخبَر المتدرب بكل خطوة، وتوثَّق الخطوات كلها [39]. فلا تَعِد المدربة بكتمان لا تملكه، بل تبيّن له من البداية من سيعلم، ولماذا، وبأي قدر. وما وراء ذلك يبقى في دائرة الحاجة: لا يطلع عليه الزملاء، ولا يُذكر التشخيص فيما لا يلزم من أوراق الإجازة والجدولة، ولا تُخبر أسرته بغير إذنه ما لم يكن الخطر وشيكًا، ويُشرك عندئذ من يقدر على حمايته بأقل إفشاء لازم.

ثم تُرتّب له إجازة مرضية وفق لوائح البرنامج ومنشأته، وعودة متدرجة بتوصية الطبيب المعالج، مع تخفيف العبء في بدايتها، ومتابعة منتظمة من المدربة، وتذكير بأن طلب العون قوة لا ضعف. وإن ظهر أن حالته تمس سلامة المرضى قُيّمت قدرته على العمل في مسار مستقل عن مسار العلاج، على ما في الفصل 14 (المطلب 1-5) والفصل 12 (المطلب 1-7)؛ فدعم المتدرب لا يبرر إبقاء مريض تحت خطر قائم، وحماية المريض لا تبرر معاملة المرض النفسي معاملة المخالفة.

## ثالثًا: الركن الفقهي

### 3-1 مشروعية التعليم وحدوده

تعلم الطب وتعليمه من فروض الكفايات التي يُحفظ بها النفس والعقل والنسل، وقد يتعين على من لا يقوم الواجب إلا به. قال تعالى: ﴿فَاسْأَلُوا أَهْلَ الذِّكْرِ إِنْ كُنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ﴾ [النحل: 43]، وقال: ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى﴾ [المائدة: 2]. لكن الوسيلة تأخذ حكمها؛ فلا يُتوصل إلى الواجب العام بإهدار حق المريض المعين في بدنه وعورته ورضاه.

والطبيب والمتدرب مؤتمنان: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَى أَهْلِهَا﴾ [النساء: 58]، ومنهيان عن العمل بغير علم: ﴿وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ﴾ [الإسراء: 36]. وفي الحديث: «من تطبب ولا يُعلم منه طب فهو ضامن» [22]، وفيه: «لا ضرر ولا ضرار» [23]. والمشرف راعٍ، وفي الحديث: «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته» [24]. فمن تولى الإشراف على متدرب فقد تولى رعاية المريض الذي يتدرب عليه المتدرب، ورعاية المتدرب نفسه.

### 3-2 القواعد الحاكمة في التعليم السريري

تفصيل القواعد الكلية وأدلتها في الفصل 2 (انظر الفصل 2، المبحث خامسًا)؛ وأثرها في التعليم السريري:

- **الضرر يزال:** يمنع تكليف غير المؤهل، وتكرار الإجراء المؤلم بلا حاجة.
- **الضرورة تقدر بقدرها:** تجيز قدر الكشف أو التدخل اللازم للعلاج، ولا تجعل حاجة التعليم المعتادة ضرورة ترفع الإذن والستر.
- **المشقة تجلب التيسير:** تتيح بدائل في الإشراف والتعلم عند العسر، مع بقاء السلامة.


CC BY-NC-ND 4.0

- **الميسور لا يسقط بالمعسور:** إذا تعذر تعليم مهارة على مريض معين، بقي التعليم بالمحاكاة أو بمريض آخر راضٍ.
- **التصرف على الرعية منوط بالمصلحة:** يلزم الجهة المشرفة على التدريب بتخطيط يحقق الكفاية ولا يستغل الضعفاء.
- **الغنم بالغرم:** المؤسسة التي تنتفع بالتعليم تتحمل كلفة الإشراف والمحاكاة وجبر الضرر.

## 3-3 الإذن وكشف العورة للتعليم

الأصل حرمة بدن الإنسان، فلا يُتصرف فيه طبيًا بغير إذنه أو إذن وليه في حدود المصلحة، إلا إسعافًا لا يحتمل التأخير (انظر الفصل 5، المبحث ثالثًا). والتعليم وحده لا ينشئ حقًا في الفحص. وفي كشف العورة تُراعى الحاجة العلاجية، وأقل قدر من الكشف، وأقصر زمن، وأقل عدد، وتقديم المماثل المؤهل عند التيسر (انظر الفصل 6، المبحث ثالثًا).

ومن ثم:

- لا يكفي قبول العلاج لقبول حضور مجموعة طلاب في فحص حميم.
- لا يجوز فحص مريض مخدر لغرض تعليمي لم يأذن به قبل تخديره.
- لا يُكره طالب على كشف عورته لزملائه، فسلطة المقيِّم قد تفسد الرضا.
- يجوز حضور المتدرب أو قيامه بجزء من العلاج إذا عُرِّف به المريض وأذن، وتحققت المصلحة والكفاءة والإشراف.

وفي هذا الباب فتوى للشيخ عبد العزيز بن باز في برنامج «نور على الدرب» بعنوان «حكم كشف الطبيب على المرأة للتعليم»، سُئل فيها عن كشف طلاب الطب الذكور على النساء للتعليم، فأجاب بأنه لا يجوز «إلا عند الضرورة إذا لم يوجد طبيبات»، واستدل بقوله تعالى: ﴿وَقَدْ فَصَّلَ لَكُمْ مَا حَرَّمَ عَلَيْكُمْ إِلَّا مَا اضْطُرِرْتُمْ إِلَيْهِ﴾ [الأنعام: 119] [25]. وهي فتوى فردية يُستأنس بها في تشديد ضابط العورة والضرورة في الفحص التعليمي، ولا تُقدَّم قرارًا جماعيًا ولا نظامًا ملزمًا.

## 3-4 القراران 67 (5/7) و142 (8/15): ما يخص التعليم

قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار 67 (5/7) أن إذن المريض كامل الأهلية معتبر في العلاج، وأن إذن الولي يقوم مقامه عند نقص الأهلية، وأن الحالات الإسعافية التي تتعرض فيها الحياة للخطر لا يتوقف التدخل فيها على الإذن [26]. وتحليل القرار في الفصل 5. وتطبيقه على التعليم أمران: الإذن المفترض في الإسعاف يبيح العلاج اللازم لا فحصًا تعليميًا زائدًا ولا تسجيلًا ولا بحثًا؛ وإذن الولي يدور مع مصلحة القاصر أو ناقص الأهلية، فلا يُحمَّل المولى عليه عبئًا تعليميًا لا مصلحة له فيه.

وعدّ القرار 142 (8/15) من موجبات ضمان الطبيب أن يكون «جاهلًا بالطب، أو بالفرع الذي أقدم على العمل الطبي فيه»، وأن يُقدم «على العمل دون إذن المريض أو مَن يقوم مقامه». وقرر في الفريق الطبي أن يُسأل كل واحد عن خطئه، وأن يكون رئيس الفريق مسؤولًا مسؤولية تضامنية عن فعل معاونيه «إذا أخطأ في توجيههم أو قصر في الرقابة عليهم»، وأن المؤسسة الصحية مسؤولة إذا قصّرت في التزاماتها أو صدرت عنها تعليمات ضارة بلا مسوغ [27]. والنص الكامل وتحليله وتوزيع الضمان في الفصل 10 (انظر الفصل 10، المبحث ثالثًا).


CC BY-NC-ND 4.0

ومن توصيات القرار نفسه دعوة الجامعات في الدول الإسلامية إلى «إيجاد مقرر خاص بأخلاقيات وفقه الطبيب» لطلبة الكليات الطبية [27]. فالقرار يجمع وجوب التعليم الأخلاقي ومسؤولية الإشراف، ويمنع اتخاذ صفة «المتدرب» ستارًا لإسقاط الضمان.

### 3-5 توزيع المسؤولية بين المتدرب والمشرف والمنشأة

إذا تجاوز المتدرب حدودًا واضحة، أو كتم عجزه، أو خدع المريض في صفته، تحمل من المسؤولية بقدر فعله. وإذا كلفه المشرف بما لا يتقنه، أو غاب عند نقطة حرجة، أو تجاهل طلب المساعدة، ثبتت مسؤوليته بقدر تقصيره في التوجيه والرقابة. وإذا بنت المنشأة الخدمة على متدربين بلا عدد كافٍ من المشرفين، أو وفرت نموذج إذن مبهمًا، شاركت في السبب. وطريقة توزيع الضمان بين المباشر والمتسبب ورئيس الفريق مبسوطة في الفصل 10. ولا يمنع اجتماع المسؤوليات من دعم المتدرب ومن التعلم، كما لا يجيز التعلم إهدار حق المريض في الجبر.

## رابعًا: الركن النظامي

### 4-1 الدليل السعودي للإذن الطبي ومشاركة المتدربين

أصدرت وزارة الصحة والمركز السعودي لسلامة المرضى الدليل السعودي للإذن الطبي، وأُعلن في 12 ربيع الآخر 1441هـ (9 ديسمبر 2019م) [1]. وذكر الدليل في مواضع الإذن الطبي المكتوب «التدريب في فترة الامتياز أو غيرها بما يلزم فيها أخذ الإذن الطبي المكتوب لجميع التخصصات»، و«تصوير المريض لأغراض علاجية أو تعليمية»، وقرر أنه «لا يصح الاستناد إلى سكوت المريض باعتباره إذنًا في الإجراء الطبي» [1]. ويُلتزم بهذا النص في حدوده دون تعميمه أبعد منه: فما نص الدليل على كتابته يُكتب، ومنه تصوير المريض لغرض تعليمي، وما يلزمه إذن مكتوب من الإجراءات يبقى كذلك إذا أجراه متدرب؛ أما أخذ القصة والفحص العام من المتعلم فيكفي فيهما إذن صريح يوثَّق في الملف، ما لم تشترط سياسة المنشأة الكتابة. وتحليل الدليل في الفصل 5 (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا).

وقد تضع المنشأة في نموذج الإذن العام إقرارًا بمشاركة المتدربين في الرعاية. والتطبيق الأدق أن هذا الإقرار يفتح بابًا للتعريف والمشاركة المعتادة، لا تفويضًا مطلقًا. فكلما كان النشاط خارج الرعاية المباشرة، أو حميمًا، أو باضعًا، أو تحت التخدير، أو متضمنًا تسجيلًا أو إعادة استعمال بيانات، احتاج إلى بيان أكثر تحديدًا وفق سياسة المنشأة. وتوثَّق موافقة المريض أو رفضه في موضعه، ولا يُكتب رفض حضور الطالب بصيغة توحي بأنه رفض العلاج. ووثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى الصادرة عن الوزارة مرجع في صياغة التواصل مع المريض في المعرفة والخصوصية والشكوى [28].

### 4-2 نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية

صدر نظام مزاولة المهن الصحية بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ [29]. ومن مواده ذات الصلة بالتعليم السريري:

- **المادة التاسعة:** تحظر على الممارس، في غير الضرورة، عملًا يجاوز اختصاصه أو إمكاناته.


CC BY-NC-ND 4.0

- **المادة التاسعة عشرة:** تشترط رضا المريض أو من يمثله لأي عمل طبي، مع استثناء الحالات العاجلة (انظر الفصل 5).
- **المادة السابعة والعشرون:** تعد من صور الخطأ المهني الصحي «التقصير في الرقابة والإشراف»، و«عدم استشارة من تستدعي حالة المريض الاستعانة به».
- **المادة الحادية والثلاثون:** تجعل الممارس محلًا للمساءلة التأديبية إذا أخل بواجباته أو خالف أصول مهنته [29].

وتلزم اللائحة التنفيذية الممارس بالعمل وفق الامتيازات السريرية المعتمدة له [30]. ولا يعني ذلك منع الطالب من التعلم السريري؛ بل أن يكون نشاطه جزءًا من برنامج معتمد، معلومًا للمريض، تحت إشراف ممارس مسؤول، وألا يقدم الطالب نفسه ممارسًا مرخصًا أو يتخذ قرارًا مستقلًا. أما المقيم فيمارس في حدود تسجيله وبرنامجه وصلاحياته في المنشأة، ولا ترفع عنه صفة التدريب الواجب المهني الأساسي. ويوافق ذلك المعيار المهني الدولي في التفويض: أن يعطي المفوِّض تعليمات واضحة ومعلومات كافية ويتحقق من فهم المفوَّض إليه، وأن يطلب المفوَّض إليه المساعدة عند الحاجة، ولكل منهما مسؤوليته المستقلة [31].

## 4-3 لوائح الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في التدريب والتقييم

اعتمدت الهيئة السعودية للتخصصات الصحية اللائحة العامة للتدريب في برامج الدراسات العليا بالقرار رقم 2/أ/2019 وتاريخ 20 يناير 2019م [2]. ومن أحكامها ذات الصلة:

- **المادتان 16 و17:** تتولى «الإشراف المباشر على التدريب» لجنة البرنامج التدريبي ولجنة التدريب المؤسسي ولجنة التدريب المشترك، وتتابع لجنة البرنامج تنفيذ التدريب.
- **المادة 18:** تحدد الجزاءات التأديبية على المتدرب بدرجاتها، من لفت النظر الكتابي إلى طي القيد، بتوصية من لجنة البرنامج.
- **المادة 22:** تلزم المتدرب بالتحلي بالأخلاق والقيم، والالتزام بأنظمة المملكة ونظام مزاولة المهن الصحية وأنظمة الهيئة والمراكز التدريبية.
- **المادة 23:** تقرر أن «للمتدرب حق التظلم ضد أي قرار اتخذ بحقه خلال ثلاثين يومًا من تبليغه به [2]. وتنص القواعد التنفيذية للائحة العامة للتقييم، الصادرة عن مجلس التعليم والتدريب بالهيئة سنة 1441هـ، على «قياس مستوى المعرفة والمهارة»، وعلى «استخدام خارطة للاختبار المعدة من لجنة الاختبارات»، وعلى إعطاء المختبرين «تغذية راجعة عن نتائجهم إن أمكن» [32]. وتجمع صفحة الهيئة للوائح والقواعد التنظيمية أدلة التدريب والتقييم والتظلم النافذة، وإليها الرجوع عند تطبيق الواقعة [3].

ويُفهم من هذه النصوص أن عدالة التقييم ليست مساواة شكلية في رقم الاختبار؛ بل صلاحية الأداة، وتطبيقها المتسق، وإعلان معاييرها، وحق التظلم أمام جهة غير صاحبة القرار. وتلتقي في ذلك مع متطلبات الاعتماد الدولية للبرامج التدريبية التي تجعل الإشراف والتقييم وبيئة التعلم مسؤولية البرنامج والمؤسسة، لا المتدرب وحده [33].

## 4-4 التسجيل التعليمي والبيانات

تسجيل المرضى وتصويرهم للتعليم له أحكامه المفصلة في الفصل 5 (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا)، وحماية البيانات في الفصل 7 (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا). وما يخص التعليم أن نظام حماية البيانات الشخصية يعد البيانات الصحية من البيانات الحساسة [34]، والصورة والتسجيل


CC BY-NC-ND 4.0

اللذان يعرّفان صاحبهما من بياناته. فيلـزم في تسـجيل جلسـة محاكـاة أو تصـوير مـريض للتعليم: غرض محـدد معلـوم، وأسـاس مشـروع أو موافقـة حيث تلـزم؛ وجمـع الحـد الأدنى، وعـدم إعـادة الاستعمال لغـرض جديـد بلا سـند؛ وضـبط الوصـول والحفـظ والإتلاف ومنـع النسـخ على الأجهـزة والحسابات الشخصية؛ وعدم رفع المقاطع إلى منصات عامة. وإزالة الاسم لا تجعل التسجيل آمنًـا دائمًا؛ فقد تكشف الملامح أو الصوت أو الحالة النادرة هوية صاحبها.

## 4-5 التحرش وسوء استعمال السلطة في التدريب

نظام مكافحـة جريمـة التحـرش، الصـادر بالمرسـوم الملكي رقم (م/96) وتـاريخ 16/9/1439هـ، وتعديله بالمرسـوم الملكي رقم (م/48) وتـاريخ 1/6/1442هـ، مبسـوطان في الفصـل 14 (انظـر الفصل 14، المبحث رابعًا، 4-3) [35]. وما يخص التدريب أن من أسباب التشـديد فيـه أن تكـون للجاني سلطة مباشرة أو غير مباشرة على المجني عليـه، أو أن تقـع الجريمـة في مكـان عمـل أو دراسة [35]؛ وهما وصفان يجتمعان في علاقة المشرف بالمتـدرب. فـالإكراه على كشـف الجسـد للزملاء، والتعليقات الجنسية، واللمس غير المهني، والمسـاومة بـالتقييم، ليسـت «أسـلوبًا تعليميًـا قاسيًا»، بل قد تكون مخالفة جسيمة أو جريمة بحسب الوقائع.

وما يختص به هذا الفصل فصل التقييم عن المشكو في حقه: فعند الشكوى يُنقـل تقـييم المتـدرب مؤقتًا إلى جهة مستقلة، ويُجمَّد كل قرار مصيري يمسـه حـتى انتهـاء التحقيـق، ولا يُلـزم المتـدرب بمواجهة المشكو في حقه أو التسوية معه.

## 4-6 سلّم القوة الإلزامية

**جدول: درجة إلزام المصادر في التعليم السريري**

| المصدر | طبيعته | أثره في القرار |
|---|---|---|
| الأنظمة والمراسيم الملكية | ملزمة نظامًا | تحدد نطاق الممارسة والإذن والمسؤولية والبيانات والتحرش |
| لوائح الهيئة وقراراتها | ملزمة للبرامج والمراكز والمتدربين بحسب نطاقها | تضبط التدريب والإشراف والتقييم والتظلم |
| الدليل السعودي للإذن الطبي وسياسة المنشأة | معيار إجرائي بحسب جهة التطبيق | يترجم الإذن والتوثيق إلى خطوات ونماذج |
| قرارات المجامع والفتاوى | تأصيل شرعي تختلف درجته ونطاقه | توجه الحكم الفقهي، ولا تستبدل النص النظامي |
| المدونات والمعايير الدولية | مراجع علمية وأخلاقية غير ملزمة بذاتها | تعين على تحديد الممارسة الفضلى وتفسير الواجب المهني |


CC BY-NC-ND 4.0

# خامسًا: أدوات عملية

## 5-1 مسار الخطوات العشر للتعليم السريري

1. حدّد الهدف: رعاية لازمة أم تدريب إضافي؟
2. تحقق من الكفاءة: سجل أداء، لا انطباع ولا سنة تدريبية وحدها.
3. اختر المريض المناسب: مستقر، غير منهك، وله بديل حقيقي.
4. عرّف الأدوار: الاسم والصفة والمشرف بعبارة يفهمها المريض.
5. خذ الإذن المناسب: صريحًا بقدر حساسية النشاط.
6. اضبط العدد والخصوصية: أقل حضور، وأقل كشف، وأقل تكرار.
7. اتفق على الإشراف: مستوى الحضور ونقاط التوقف والتصعيد.
8. نفّذ وتوقف مبكرًا: إذا سحب المريض رضاه، أو ظهر خطر، أو تجاوزت المهمة الكفاءة.
9. أغلق الحلقة: راجع النتيجة مع المريض، ووثّق، وقدّم تغذية راجعة.
10. تعلّم من البيانات: راقب الأخطاء والرفض والتحيز والشكاوى، وحسّن النظام.

## 5-2 بطاقة سريعة قبل الإجراء

| السؤال | إن كانت الإجابة «لا» |
|---|---|
| هل يعرف المريض أن المنفذ متدرب؟ | أوقف النشاط وعرّف الدور |
| هل يغطي الإذن النشاط نفسه؟ | خذ إذنًا محددًا أو اختر بديلًا |
| هل ثبتت كفاءة المتدرب في المستوى المطلوب؟ | استعمل المحاكاة أو الإشراف المباشر |
| هل المشرف متاح بالسرعة التي يتطلبها الخطر؟ | لا تبدأ، أو انقل المهمة |
| هل حُددت نقطة التوقف؟ | ضع حد المحاولات ومعايير التصعيد |
| هل يوجد بديل إذا رفض المريض؟ | وفّر البديل دون ضغط أو عقوبة |

## 5-3 عبارات التعريف والاستئذان

- **في العيادة:** «معي اليوم الطالب فلان من السنة الخامسة. وجوده للتعلم، وهو اختياري؛ هل تمانع أن يحضر، أو أن يسألك بعض الأسئلة؟ إن فضلت ألا يحضر فلن يتغير شيء في موعدك».
- **قبل إجراء:** «سيجري الطبيب المقيم فلان هذا الإجراء، وسأكون معه في الغرفة وأتدخل إن احتجنا. هل توافق على ذلك؟».
- **قبل فحص حميم:** «يطلب الطالب أن يتعلم هذا الفحص بإشرافي، وسيكون معنا مرافق. لك أن ترفض دون أي أثر على علاجك».
- **عند الرفض:** «شكرًا لك، نحترم رغبتك». ثم يخرج المتعلم دون نقاش.


CC BY-NC-ND 4.0

### 5-4 قائمة عدالة التقييم

- هل المعايير مكتوبة ومعلنة للمتدرب قبل التقييم؟
- هل يستند القرار المصيري إلى أكثر من مقيِّم وأكثر من أداة؟
- هل توصف أوجه القصور بسلوك يمكن ملاحظته، لا بصفة شخصية؟
- هل اطلع المتدرب على التقييم، وأتيح له الرد؟
- هل خلا المقيِّم من تضارب المصالح، ومن خصومة مع المتدرب؟
- هل حُللت الفروق في الدرجات بحسب الجنس والجنسية وغيرهما في حدود النظام والخصوصية؟
- هل توجد خطة استدراك مكتوبة قبل أي قرار مصيري؟

## سادسًا: الحالات التطبيقية

تحلَّل الحالات الآتية بنموذج الأركان الأربعة بعد البوابات الخمس (انظر الفصل 4). والوقائع مركبة للتعليم، فلا تحل محل التحقيق في واقعة بعينها.

### الحالة الأولى: فحص حوضي تعليمي تحت التخدير بلا إذن صريح

**الوقائع.** امرأة في الخامسة والثلاثين تُجرى لها عملية نسائية بالمنظار في مستشفى جامعي. وقّعت نموذج الإذن الجراحي، ونموذج الإذن العام الذي يتضمن إقرارًا بمشاركة المتدربين في الرعاية. فلما خُدّرت طلب الاستشاري من ثلاثة طلاب طب أن يجروا لها فحصًا حوضيًا «للتعلم»، ولم يُذكر لها ذلك قبل العملية. فتنبهت ممرضة العمليات وسألت: هل أذنت المريضة؟ والعملية ستبدأ خلال دقائق.

**البوابات.** الاستقرار الإسعافي: المريضة مستقرة، ولا ضرورة عاجلة للفحص التعليمي. الأمن: لا خطر أمني. القدرة على القرار: المريضة فاقدة للقدرة مؤقتًا بالتخدير، وستستعيدها بعد ساعات. صاحب الصفة: المريضة وحدها، فلا ينوب عنها أحد في إذن تعليمي لا ضرورة له. السؤال المطلوب تقريره: هل يجوز الفحص التعليمي، وماذا يُفعل الآن وبعد العملية؟

**الركن الطبي.** لا حاجة علاجية إلى أن يفحصها ثلاثة متعلمين واحدًا بعد واحد؛ فإن كان الفحص تحت التخدير لازمًا للجراحة أجراه الجراح المعالج مرة واحدة. والفحوص المتكررة قد تسبب رضحًا أو ألمًا تجده بعد الإفاقة، وهي الآن لا تملك أن تعترض.

**الركن الأخلاقي.** غياب الوعي يزيد واجب الحماية ولا ينقصه. والإقرار العام بمشاركة المتدربين لا يغطي فحصًا حميمًا تعليميًا إضافيًا لم يُذكر لها؛ فهو نشاط آخر في طبيعته وحساسيته. وتنص الإرشادات المهنية على أن الفحص التعليمي تحت التخدير الذي لا نفع للمريضة فيه لا يُجرى إلا بإذنها المحدد قبل الجراحة [14، 15]. وأما سؤال الممرضة فهو من الكلام الآمن الذي يجب أن يُحمى، لا أن يُسكت.

**الركن الفقهي.** كشف العورة والتصرف في البدن يقدران بالحاجة، والتعليم المعتاد ليس ضرورة تبيح الزيادة بلا إذن [25]. والإذن المفترض عند فقد الوعي لا يتعدى ما يلزم العلاج [26]. ومن أقدم على عمل بغير إذن المريض دخل في موجبات الضمان التي عدّها القرار 142 (8/15) [27].


CC BY-NC-ND 4.0

**الركن النظامي.** تشترط المادة التاسعة عشرة رضا المريض لكل عمل طبي، والدليل السعودي للإذن الطبي لا يعتد بالسكوت إذنًا، والفحص الحوضي تحت التخدير إجراء حميم لا يُستفاد الإذن فيه من إقرار عام [1، 29]. وتدخل الواقعة في المساءلة التأديبية بحسب المادة الحادية والثلاثين، وقد تمس أحكامًا أخرى بحسب تفاصيلها [29].

**القرار المهني الموزون.** لا يُجرى الفحص التعليمي؛ فإن كان فحص تحت التخدير لازمًا للجراحة أجراه الجراح المعالج مرة واحدة في حد الحاجة، ويشاهد الطلاب العملية فقط في حدود الإذن الجراحي والإقرار العام، دون أن يُعد ذلك اتهامًا للاستشاري قبل المراجعة، ويُضاف إلى نموذج الإذن بند صريح للفحص التعليمي تحت التخدير، وتُتاح المحاكاة بديلًا؛ لأن الفحص الحميم التعليمي نشاط مستقل يحتاج إذنًا صريحًا سابقًا، ولا ينوب عن المريضة أحد فيه. واستُبعد الاكتفاء بالإقرار العام، لأنه لا يغطي هذا الفحص. ويُعاد النظر إذا ثبت إذن صريح موثق سابق بالفحص التعليمي ومن يجريه، فيجوز في حدوده وبإشراف مباشر.

**الدرس.** ما لا يُفعل بمريضة واعية دون إذنها لا يُفعل بها وهي نائمة.

## الحالة الثانية: مقيم يُكلَّف ليلًا بإجراء عالي الخطورة والمشرف خارج المنشأة

**الوقائع.** مقيم في السنة الثالثة تدرب على إدخال قسطرة وريدية مركزية في المحاكاة، وأجراها مرتين بإشراف مباشر. ثم كُلِّف ليلًا بإدخالها لمريض في الستين مصاب بصدمة إنتانية واضطراب في التخثر، والاستشاري المناوب في منزله، يصل خلال ثلاثين دقيقة، وقد قال له عبر الهاتف: «ابدأ، أنت تعرفها». وفي المحاولة الثانية حدث نزف في موضع الإدخال، وهبط ضغط المريض.

**البوابات.** الاستقرار الإسعافي: المريض غير مستقر، والنزف يستدعي تدخلًا فوريًا. الأمن: لا خطر أمني. القدرة على القرار: المريض مشوش، فلا يملك القرار الآن. صاحب الصفة: الاستشاري المناوب مسؤول عن المريض والإشراف، وممثل المريض يُبلَّغ. السؤال المطلوب تقريره: ما الذي يفعله المقيم الآن، ومن يتحمل ماذا، وكيف يُمنع التكرار؟

**الركن الطبي.** اجتمع هنا ثلاثة أمور: خبرة محدودة، ومريض عالي الخطورة، وزمن وصول لا يتناسب مع الخطر. ومن نجح في المحاكاة وأجرى الإجراء مرتين تحت الإشراف لم يثبت بذلك أنه يستقل به في مريض مضطرب التخثر. ويُفضَّل في مثله موضع قابل للضغط، وإدخال موجَّه بالموجات فوق الصوتية بإشراف مباشر. والنزف يستلزم الضغط الموضعي حيث يمكن، واستدعاء أقرب خبير في المنشأة، وفريق الاستجابة السريعة فورًا. والدليل يربط الإشراف المباشر على الإجراءات الباضعة بانخفاض المضاعفات [6].

**الركن الأخلاقي.** كان الإسناد أوسع من الكفاءة والسياق، وفيه ضرر متوقع. فلا يجوز أن يُلام المقيم وحده وقد نفذ تكليفًا من مشرفه، ولكنه لا يُعفى كذلك من واجب طلب المساعدة حين رأى الإجراء يتجاوز خبرته. وللمريض وأسرته حق في الإفصاح عما حدث (انظر الفصل 8).

**الركن الفقهي.** حفظ النفس و«لا ضرر ولا ضرار» يوجبان إشرافًا كافيًا [23]. والقرار 142 (8/15) يجعل رئيس الفريق مسؤولًا بالتضامن إذا أخطأ في توجيه معاونيه أو قصر في الرقابة عليهم، ويجعل المؤسسة مسؤولة عن تقصيرها في التزاماتها [27].

**الركن النظامي.** تعد المادة السابعة والعشرون التقصير في الرقابة والإشراف خطأً مهنيًا، وتحظر المادة التاسعة العمل فيما يجاوز الإمكانات في غير الضرورة [29]. ولائحة التدريب تجعل الإشراف مسؤولية البرنامج والمركز التدريبي [2].


CC BY-NC-ND 4.0

**القرار المهني الموزون.** يوقف المقيم المحاولة، ويضغط موضعيًا حيث يمكن، ويستدعي فريق الاستجابة السريعة وأقرب خبير في المنشأة، ويُعلم الاستشاري ليحضر فورًا، ثم يُفصح للأسرة بقيادة الاستشاري، ويُبلَّغ عن الحادث، ويشمل التحليل التكليف والإشراف والجدول فلا يُعد الحادث وحده دليلًا على خطأ شخصي للمقيم، ويُعدَّل الجدول ليحضر المشرف أو يقرب في الإجراءات عالية الخطورة ليلًا؛ لأن سلامة المريض أولًا، والإسناد لم يتناسب مع الخطر ولا مع توافر المشرف. ويُعاد النظر إذا ثبت أن المقيم خالف تعليمات صريحة بعدم البدء قبل وصول المشرف، أو أخفى فشل المحاولة الأولى، فيتحمل من المسؤولية بقدر ذلك.

**الدرس.** الإسناد يُبنى على كفاءة موثقة في هذا المريض وهذا السياق، والمشرف الغائب عن نقطة حرجة شريك في الخطر.

## الحالة الثالثة: طفل يُفحص مرارًا في عيادة تعليمية بإذن أمه

**الوقائع.** طفل في السابعة لديه نفخة قلبية نادرة، يراجع عيادة قلب الأطفال في مستشفى جامعي. وكانت أمه قد وافقت عند التسجيل على «مشاركة الطلاب». فلما كان يوم الاختبار السريري طلب المنسق أن يفحصه اثنا عشر طالبًا على التوالي. وبعد الطالب الخامس بدأ الطفل يبكي ويشد قميصه، وقالت الأم إنها لم تكن تعلم أن الفحص سيطول هكذا، ولكنها لا تريد أن «تعطل الاختبار».

**البوابات.** الاستقرار الإسعافي: الطفل مستقر. الأمن: لا خطر أمني، ولكن ضيق الطفل ظاهر. القدرة على القرار: الطفل لا يملك الإذن، ولكن اعتراضه معتبر في تقدير المصلحة. صاحب الصفة: الأم وليةً، في حدود مصلحة الطفل. السؤال المطلوب تقريره: هل يستمر الفحص، وما حدود إذن الولي في نشاط تعليمي لا ينفع الطفل؟

**الركن الطبي.** لا فائدة علاجية للطفل من الفحوص المتكررة، بل قد تخلف فيه أثرًا نفسيًا يجعل زياراته اللاحقة أصعب. والمهارة المطلوبة تُعلَّم بالمحاكاة الصوتية وبعدد محدود من الفاحصين.

**الركن الأخلاقي.** وافقت الأم عند التسجيل على مشاركة معتادة، لا على عبء لم تعرف مداه؛ والرضا يتقيد بما فُهم عند إعطائه. وترددها خشية «تعطيل الاختبار» علامة ضغط يفسد الطوعية. والطفل حين يبكي وينسحب يعترض بلسان حاله، واعتراضه يستحق الاحترام وإن لم يكن إذنًا. والعبء التعليمي هنا يقع، كما ترى، على الأضعف (انظر 2-3).

**الركن الفقهي.** إذن الولي يدور مع مصلحة المولى عليه، فلا يملك الولي أن يحمّله ضررًا لا مصلحة له فيه [26]. و«الضرر يزال»، والتصرف على الرعية منوط بالمصلحة (انظر الفصل 2، المبحث خامسًا)؛ وفي الحديث: «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته» [24]، فالمنسق والمشرف راعيان للطفل في هذا الموقف.

**الركن النظامي.** تشترط المادة التاسعة عشرة رضا المريض أو من يمثله [29]، والدليل السعودي للإذن الطبي لا يعتد بالسكوت، ويذكر في مواضع الإذن المكتوب «التدريب في فترة الامتياز أو غيرها بما يلزم فيها أخذ الإذن الطبي المكتوب لجميع التخصصات» [1]؛ ومشاركة الطفل في اختبار سريري نشاط تعليمي خارج رعايته، فيُكتب إذن الولي فيه محددًا بالعدد والمدة (انظر 1-2). وتفصيل الولاية على الطفل في الفصل 25.


CC BY-NC-ND 4.0

**القرار المهني الموزون.** يوقف المشرف الفحص فورًا، ويطمئن الطفل وأمه ويعتذر لهما، ثم يُستكمل الاختبار بمريض معياري أو بمحاكاة صوتية، أو بعدد محدود من الطلاب بعد استئذان جديد صريح مكتوب يحدد العدد والمدة، إن رضيت الأم وهدأ الطفل؛ ولا يُمنع إشراك الأطفال في التعليم مطلقًا، بل يُضبط العدد والمدة وحق الانسحاب؛ لأن الإذن الأصلي لم يشمل هذا العبء، والطفل لا ينتفع به، واعتراضه ظاهر. ويُعاد النظر إذا كان الفحص جزءًا من رعاية الطفل نفسه، فيجريه الطبيب المعالج في حد الحاجة.

**الدرس.** إذن الولي أمانة لمصلحة الطفل، وليس تفويضًا بعبء تعليمي لا ينفعه.

## الحالة الرابعة: رسوب مقيم بتقييم فردي مبهم

**الوقائع.** مقيم في السنة الرابعة، تقييماته السابقة جيدة من مقيِّمين متعددين. وفي دورة واحدة كتب عنه استشاري أنه «غير مناسب لشخصية التخصص»، وأوصى برسوبه في السنة، من غير أمثلة سلوكية ولا ملاحظات مباشرة موثقة. وكان المقيم قد اعترض قبل شهر، في اجتماع القسم، على قرار علاجي لهذا الاستشاري. واجتماع لجنة الترقية بعد أسبوعين.

**البوابات.** الاستقرار الإسعافي: لا مريض في خطر مباشر. الأمن: لا خطر أمني، ولكن ثمة قرينة انتقام محتملة. القدرة على القرار: المقيم قادر، وله حق الاطلاع والرد. صاحب الصفة: لجنة البرنامج صاحبة القرار، وجهة التظلم مستقلة عنها. السؤال المطلوب تقريره: هل يصح بناء قرار الرسوب على هذا التقييم، وما المسار العادل؟

**الركن الطبي.** القرار الخاطئ هنا يضر من جهتين: فقد يحرم البرنامج والمرضى من متدرب كفء، وقد يُبقي خللًا حقيقيًا غير محدد إن كان القلق صادقًا. والعلاج دليل أداء متعدد المصادر، لا انطباع واحد.

**الركن الأخلاقي.** معيار «الشخصية» المبهم عرضة للتحيز، والدراسات تبين فروقًا في التقييم ولغته لا تفسرها الكفاءة وحدها [11، 12]. والتقييم الجيد صالح وموثوق ومتعدد الأدوات [19، 20]. فإذا تزامن التقييم مع اعتراض مهني سابق وجب فحص تضارب المصالح؛ لئلا يصير التقييم أداة إسكات.

**الركن الفقهي.** الحكم على الناس أمانة، والعدل واجب ولو مع الخصم: ﴿وَلَا يَجْرِمَنَّكُمْ شَنَآنُ قَوْمٍ عَلَى أَلَّا تَعْدِلُوا﴾ [المائدة: 8]. ولا تثبت المؤاخذة بالظن المجرد، والولاية على التقييم منوطة بالمصلحة لا بالهوى.

**الركن النظامي.** تربط القواعد التنفيذية للتقييم الاختبار بخارطة معدة سلفًا وبتغذية راجعة للمختبرين، وتقرر المادة 23 من اللائحة العامة للتدريب حق المتدرب في التظلم من أي قرار اتخذ بحقه خلال ثلاثين يومًا [2، 32].

**القرار المهني الموزون.** تؤجل لجنة البرنامج قرار الرسوب، وتطلب من الاستشاري أمثلة سلوكية موثقة، وتجمع تقييمات ومشاهدات مباشرة من مقيِّمين مستقلين خلال مدة محددة، وتُطلع المقيم على ما كُتب وتسمع رده، ويبقى له التظلم من القرار النهائي، ولا يعني التأجيل إدانة الاستشاري ولا تبرئة المقيم؛ لأن القرار المصيري لا يُبنى على انطباع فرد، وقرينة تضارب المصالح توجب الاستقلال. ويُعاد النظر إذا ثبت قصور سلوكي أو مهني محدد، فتوضع خطة استدراك مكتوبة قابلة للقياس بمدة ومشرف، أو لم يثبت، فتُلغى التوصية، وتُراجع أنماط تقييم الاستشاري، ويُحمى المقيم من الانتقام.


CC BY-NC-ND 4.0

**الدرس.** التقييم الذي يصف الهوية لا السلوك، ويصدر عن خصم منفرد، لا يصلح أساسًا لقرار مصيري.

## مواقف متكررة

**مريض يرفض وجود طالب.** الرفض حق لا يحتاج إلى تبرير؛ فيخرج الطالب فورًا مع الشكر، بلا مناقشة ضاغطة، ويستمر الموعد بوقته وجودته، ويُسجَّل الرفض بلا وصم ولا بصيغة توحي برفض العلاج. وأما عبارة «هذا مستشفى تعليمي فلا يحق لك الرفض» فإكراه ممنوع. وضابطه: مصلحة التعليم عامة، ولا تنشئ حقًا في هذا المريض بعينه [1، 13].

**طالب يقدّم نفسه طبيبًا أو يأخذ الإذن بدل المسؤول.** يوقَف مسار الإذن، ويصحح المسؤول صفة الطالب للمريض، ويعيد الشرح والاستئذان قبل أي إجراء، وتراجَع الواقعة تربويًا، ويحقَّق في خلل توزيع الأدوار إن تكرر. وضابطه: الإذن المبني على تغرير في صفة القائم بالفعل لا يصح، والقرار 142 (8/15) يعد التغرير بالمريض من موجبات الضمان [27، 29].

إلزام الطلاب بالتدرب على أجساد بعضهم. يُلغى الإلزام وكل أثر له في الحضور أو الدرجة، وتوفَّر المحاكاة أو المريض المعياري بديلًا في المهارات الحميمية. فإن استُعمل التدريب بين الزملاء في مهارة غير حميمية فباختيار حر وإذن يتجدد. الضابط: سلطة الدرجات تفسد الرضا، ولا يجوز كشف العورة للتعليم مع وجود بديل.

مريض تعليمي يُفحص مرارًا في يوم واحد. يوقَف الفحص عند أول علامة إرهاق أو ألم، ويعالَج ما ترك من أثر، ويُعتذر للمريض. ثم يحدد 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.

**مقيم كتب جرعة خاطئة ووقّعها المشرف دون مراجعة، ثم اقتُرح أن تُسمى «تفاعلًا متوقعًا».** يعالَج المريض ويُفصح له، ويُسجَّل الحدث بصدق، ولا يُقبل التصنيف الدفاعي. والذي يخص التعليم هنا أن توقيع المشرف الإلكتروني ليس إشرافًا ما لم تسبقه مراجعة فعلية؛ فيُوقف التوقيع الآلي، وتراجَع دورة الإشراف على الوصفات، ويُدرَّب المقيم من غير أن يُحمَّل وحده خلل النظام. وضابطه: التقصير في الرقابة والإشراف خطأ مهني [29]. وتفصيل التصنيف الدفاعي ودعم المقيم بعد الخطأ في الفصل 11 (الحالتان الثانية والثالثة)، والإفصاح في الفصل 8.

**إتقان في المحاكاة وطلب الاستقلال أول مرة.** لا يُمنح الاستقلال بنجاح المحاكاة وحده؛ بل يُجري 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. وضابطه: المحاكاة جسر إلى الممارسة، وليست شهادة استقلال [8، 16].

متدرب يُطلب منه المشاركة في عملية بعد أربع وعشرين ساعة متواصلة. يعترف المشرف بحق المتدرب في أن يقول «لست آمنًا الآن»، ولا يُحسب ذلك عليه في التقييم، ويُبحث جديًا عن بديل مرتاح من الفريق أو من المناوب الاحتياطي. فإن تعذّر البديل والحالة لا تحتمل التأجيل، اقتصرت مشاركته على أقل دور ممكن تحت إشراف مباشر لصيق، ولا يُسند إليه الجزء الحاسم، ويوثَّق الطابع الاستثنائي للواقعة، ثم يُعطى راحة لا تُختصر، ويراجع البرنامج جدول المناوبات، وتُرفع الواقعة في مسار سلامة المرضى إن تكررت. وفي متطلبات الاعتماد الأمريكية حدٌّ صريح: ألا


CC BY-NC-ND 4.0

تتجاوز الفترة المتصلة أربعًا وعشرين ساعة من المهام السريرية المجدولة، مع أربع ساعات إضافية بحد أقصى لتسليم المرضى والتعليم، لا تُسند فيها إلى المقيم مسؤوليات علاجية جديدة [33]. ونقلت دراسة سعودية أن لجنة وطنية شكّلتها الهيئة السعودية للتخصصات الصحية سنة 2014م أوصت بحد أقصى أربع وعشرين ساعة متصلة داخل المستشفى، يجوز أن تمتد ست ساعات للتسليم الآمن واستمرار الرعاية والأعمال الأكاديمية، وألا يُسند إلى المقيم مريض جديد بعدها [43]؛ ولم يُعثر على نص الوثيقة نفسها، فيُرجع في التطبيق إلى لوائح الهيئة ومنهج البرنامج النافذين. الضابط: الإرهاق المعلن خطر سريري يوجب التدبير لا اللوم، و«لا ضرر ولا ضرار» [23]؛ وتفصيل الإرهاق والامتناع المؤقت في الفصل 12 (المبحث أولًا، المطلبان 1-4 و1-7).

استشاري بارع يتندر على مرضى الإدمان، ومتدربون يقلدونه. يقول أمام الفريق: «هؤلاء يستحقون ما أصابهم»، و«ألمهم أقل مما يدّعون»، فيتعلم المقيمون تأخير الاستجابة لنداءات هؤلاء المرضى، حتى تُهمل مريضة إدمان اثنتين وسبعين ساعة فتتوفى بفشل تنفسي كان قابلًا للعلاج. والجواب: يُدار الحدث حادثةً جسيمة، فيُجرى تحليل للسبب الجذري لا يقف عند آخر من استُدعي، بل يسمّي ثقافة القسم عاملًا مساهمًا. ويواجَه الاستشاري بالوقائع على انفراد، ويُعلَّق إشرافه على المتدربين مؤقتًا حتى يُستكمل برنامج تقويم، ويُحال إلى الجهة المختصة إن رفض أو تكرر منه السلوك. ويُعالَج أثره في الفريق: تدريب على مكافحة الوصمة، واستبانة مجهولة لبيئة التعلم في القسم، وقناة سرية لمن يرى استخفافًا بمريض. ويُفصح للأسرة عن الحدث وما اتُّخذ فيه ويُعتذر لها على ما في الفصل 8، وتبقى المطالبة بالتعويض في مسارها في الفصل 10. وليست الواقعة نادرة في دلالتها؛ فقد وجدت مراجعة منهجية لثمانٍ وعشرين دراسة أن الممارسين الصحيين يحملون في الغالب مواقف سلبية من مرضى اضطرابات تعاطي المواد، وأن هذه المواقف تُضعف تمكين المرضى وتسوء بها نتائج علاجهم، ويقل معها انخراط الممارس وتعاطفه [49]. وضابطه: القدوة السيئة تعليم فعلي، وتجاهل سلوك «الماهر» من علامات المنهج الخفي (المطلب 2-4)، و«لا ضرر ولا ضرار» [23].

متدربة دولية لا تتقن العربية وتكثر شكاوى المرضى من صعوبة التواصل معها. لا يُعامل الأمر عيبًا في شخصها، ولا يُحل بإخراجها من العيادة بصمت. بل يُعقد معها لقاء محترم يثبّت أن المشكلة قابلة للعلاج، ويُقيَّم مستواها اللغوي الفعلي، ثم توضع خطة دعم مكتوبة: تعلّم مكثف للعربية الطبية والعبارات المحلية، ومرشد من الزملاء، وتخفيف مؤقت لعدد مرضى العيادة، ومترجم مؤهل في الأثناء حيث يلزم، ومتابعة دورية، وإعادة تقييم بعد مدة محددة. ولا يُترك المريض في الأثناء بلا فهم؛ فالإذن والبيان لا يصحان بلغة لا يفهمها (انظر الفصل 5). الضابط: الإسناد بالكفاءة، والتواصل كفاءة سريرية تُبنى بالدعم، ولا يُقبل التمييز في الفرص بسبب الأصل أو اللغة.

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

جدول: الحالات في سطر

| الحالة | نفعل | لأن | ويُعاد النظر إذا |
|---|---|---|---|
| فحص حوضي تعليمي تحت التخدير بلا إذن صريح | لا يُجرى الفحص التعليمي؛ فإن لزم للجراحة أجراه الجراح المعالج مرة واحدة، ويشاهد الطلاب | الفحص الحميم التعليمي نشاط مستقل يحتاج إذنًا صريحًا سابقًا، والإقرار العام لا | ثبت إذن صريح موثق سابق بالفحص التعليمي ومن يجريه، فيجوز في حدوده |


CC BY-NC-ND 4.0

| الحالة | نفعل | لأن | ويُعاد النظر إذا |
|---|---|---|---|
| | العملية فقط، ويُضاف إلى نموذج الإذن بند صريح للفحص التعليمي | يغطيه | وبإشراف مباشر |
| مقيم يُكلَّف ليلًا بإجراء عالي الخطورة والمشرف خارج المنشأة | يوقف المقيم المحاولة ويضغط موضعيًا، ويُستدعى فريق الاستجابة السريعة والاستشاري، ويُفصح للأسرة، ويشمل التحليل التكليف والإشراف والجدول، ويُعدَّل الجدول | سلامة المريض أولًا، والإسناد لم يتناسب مع الخطر ولا مع توافر المشرف | ثبت أن المقيم خالف تعليمات صريحة بعدم البدء قبل وصول المشرف، أو أخفى فشل المحاولة الأولى، فيتحمل من المسؤولية بقدر ذلك |
| طفل يُفحص مرارًا في عيادة تعليمية بإذن أمه | يوقف المشرف الفحص فورًا ويعتذر، ويُستكمل الاختبار بمريض معياري أو محاكاة صوتية، أو بعدد محدود بعد استئذان جديد صريح مكتوب يحدد العدد والمدة | الإذن الأصلي لم يشمل هذا العبء، والطفل لا ينتفع به، واعتراضه ظاهر | كان الفحص جزءًا من رعاية الطفل نفسه، فيجريه الطبيب المعالج في حد الحاجة |
| رسوب مقيم بتقييم فردي مبهم | تؤجل لجنة البرنامج قرار الرسوب، وتطلب أمثلة سلوكية موثقة وتقييمات من مقيِّمين مستقلين، وتُطلع المقيم على ما كُتب وتسمع رده، ويبقى له التظلم | القرار المصيري لا يُبنى على انطباع فرد، وقرينة تضارب المصالح توجب الاستقلال | ثبت قصور محدد فخطة استدراك مكتوبة قابلة للقياس، أو لم يثبت فتُلغى التوصية ويُحمى المقيم من الانتقام |

## سابعًا: النتائج والتوصيات

### النتائج

1. التعليم السريري علاقة ثلاثية بين مريض شريك ومتدرب يتعلم في حدود كفاءته ومشرف مسؤول، والمنشأة مسؤولة عن شروطها.


CC BY-NC-ND 4.0

2. قبول المرضى لمشاركة المتعلمين يختلف بحسب النشاط والتخصص؛ فلا يُستفاد إذن مريض بعينه من نسب القبول العامة [5].
3. الإقرار العام بمشاركة المتدربين في نماذج الإذن لا يغطي الفحص الحميم التعليمي ولا الفحص تحت التخدير ولا التسجيل؛ فهذه تحتاج إذنًا صريحًا سابقًا [1، 14].
4. الإشراف تدخل لسلامة المرضى، ويرتبط بانخفاض الوفيات والمضاعفات، والدليل أقوى في الإشراف المباشر على الإجراءات [6].
5. المحاكاة تحسن المهارات وبعض نتائج المرضى، لكنها جسر إلى الممارسة الخاضعة للإشراف لا بديل عنها [8، 9].
6. يقرر الفقه والنظام أن رئيس الفريق يُسأل عن تقصيره في التوجيه والرقابة، وأن التقصير في الرقابة والإشراف خطأ مهني؛ فلا يُحمَّل المتدرب وحده خلل التكليف [27، 29].
7. التقييم العادل متعدد المصادر، معلن المعايير، يصف السلوك لا الهوية، ويفصل التظلم عن صاحب القرار [2، 19، 32].

### التوصيات

**للممارس والمشرف:** أن يعرّف المتدرب بصفته قبل كل تواصل، ويستأذن المريض بصيغة محايدة تجعل الرفض سهلًا، ويحدد مستوى الإشراف ونقاط التوقف قبل كل إجراء، ويحضر في الإجراءات عالية الخطورة، ويصف القصور في التقييم بسلوك يمكن ملاحظته.

**للمنشأة:** أن تعتمد سياسة واحدة لتعريف المتدربين واستئذان المرضى، فيها بند صريح للفحوص الحميمة والفحص تحت التخدير والتسجيل؛ وأن تربط صلاحيات المتدرب بكفاءة موثقة لا بالسنة التدريبية؛ وأن تضمن تغطية إشرافية ليلية تتناسب مع الإجراءات عالية الخطورة؛ وأن تحدد عبء المرضى في الاختبارات السريرية؛ وأن تفصل التقييم عن المشكو في حقه عند أي شكوى، وتحمي المبلّغ من الانتقام.

**للتعليم والبحث:** أن يُدرَّس الإذن التعليمي بحالات ومحاكاة لا بمحاضرة وحدها، وأن تُحلَّل فروق التقييم دوريًا، وأن تُجرى دراسات سعودية عن قبول المرضى لمشاركة المتعلمين، وعن الفحوص الحميمة التعليمية، وعن بيئة التعلم في البرامج التدريبية.

## ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فالتعليم الطبي الأخلاقي لا يضع المريض في مواجهة المتعلم، وإنما يصمم علاقة ينتفع فيها المستقبل من غير أن يُظلم الحاضر. فالمريض شريك يملك المعرفة والرفض، والمتدرب صاحب واجب وحق، يتعلم في حدود كفاءته وفي بيئة تحمي طلب المساعدة، والمشرف أمين على الاثنين، والمؤسسة مسؤولة عن الوقت والعدد والمحاكاة والتقييم والتظلم.

والقرار المهني الموزون لا يسأل: «هل نعلّم أم نحمي المريض؟»، بل يسأل: كيف نعلّم بطريقة تحميه؟ والجواب العملي لا يتغير: تعريف صادق، وإذن متناسب، وإسناد تدريجي، وإشراف متاح، وإفصاح عند الخطأ، وتقويم عادل. فإذا وافقت المحاضرةُ القدوةَ اليومية صار المنهج الخفي حليفًا للأخلاق، بدل أن يهدمها.


CC BY-NC-ND 4.0

## أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين نشاط تعليمي هو جزء من رعاية المريض ونشاط تعليمي إضافي؟ وكيف يؤثر ذلك في نوع الإذن المطلوب؟
2. لماذا لا يكفي الإقرار العام بمشاركة المتدربين في نموذج الإذن لإجراء فحص حوضي تعليمي تحت التخدير؟ استدل بالأركان الأربعة.
3. ما العناصر الخمسة التي يُبنى عليها قرار إسناد مهمة إلى متدرب؟ طبّقها على مقيم يطلب إدخال أنبوب صدري وحده ليلًا.
4. كيف يوزع القرار 142 (8/15) والمادة السابعة والعشرون من نظام مزاولة المهن الصحية المسؤولية بين المتدرب والمشرف والمنشأة؟
5. عرّف «المنهج الخفي»، واذكر ثلاث علامات له في قسمك، واقترح إجراءً مؤسسيًا لكل منها.
6. كتب مقيِّم عن متدربة أنها «عاطفية وغير حازمة». أعد صياغة هذا التقييم بصيغة سلوكية قابلة للملاحظة، وبيّن لماذا تُعد الصيغة الأولى معيبة.
7. وافقت أم عند التسجيل على «مشاركة الطلاب» في رعاية طفلها. ما حدود هذا الإذن؟ ومتى يلزم استئذان جديد؟
8. نجح متدرب في المحاكاة ويطلب أن يُجري الإجراء وحده أول مرة. ما جوابك، وما الخطوات التي تسبق استقلاله؟

## المراجع


[1] وزارة الصحة والمركز السعودي لسلامة المرضى. الدليل السعودي للإذن الطبي. الطبعة الأولى، 1440هـ/2019م (أُعلن في 12 ربيع الآخر 1441هـ / 9 ديسمبر 2019م). moh.gov.sa

[2] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. اللائحة العامة للتدريب في برامج الدراسات العليا، المعتمدة بالقرار رقم 2/أ/2019 وتاريخ 20 يناير 2019م. scfhs.org.sa

[3] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. اللوائح والقواعد التنظيمية: أخلاقيات الممارس الصحي، وقواعد التدريب والتقييم، ولائحة اللجنة الدائمة للنظر في التظلمات. تاريخ الاطلاع: 29 سبتمبر 2026م. scfhs.org.sa

[4] Hetaimish BM. Prevalence of intimidation of medical students in the clinical years by the staff at a Saudi Arabian university. Cureus. 2024;16(1):e51508. https://doi.org/10.7759/cureus.51508

[5] Vaughn JL, Rickborn LR, Davis JA. Patients' attitudes toward medical student participation across specialties: a systematic review. Teach Learn Med. 2015;27(3):245–253.https://doi.org/10.1080/10401334.2015.1044750

[6] Snowdon DA, Hau R, Leggat SG, Taylor NF. Does clinical supervision of health professionals improve patient safety? A systematic review and meta-analysis. Int J Qual Health Care. 2016;28(4):447–55. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw059




CC BY-NC-ND 4.0

Farnan JM, Petty LA, Georgitis E, Martin S, Chiu E, Prochaska M, et al. A [7] systematic review: the effect of clinical supervision on patient and residency education outcomes. Acad Med. 2012;87(4):428–42. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31824822cc

Cook DA, Brydges R, Zendejas B, Hamstra SJ, Hatala R. Mastery learning [8] for health professionals using technology-enhanced simulation: a systematic review and meta-analysis. Acad Med. 2013;88(8):1178–86. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31829a365d

Zendejas B, Brydges R, Wang AT, Cook DA. Patient outcomes in [9] simulation-based medical education: a systematic review. J Gen Intern Med. 2013;28(8):1078–89. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2264-5

Lawrence C, Mhlaba T, Stewart KA, Moletsane R, Gaede B, Moshabela M. [10] The hidden curricula of medical education: a scoping review. Acad Med. 2018;93(4):648–56. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002004

Ismaeel R, Pusic L, Gottlieb M, Chan TM, Oyedokun TO, Thoma B. Bias in [11] observed assessments in medical education: a scoping review. Acad Med. 2024;99(12):1438–50. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005794

O'Sullivan L, Kagabo W, Prasad N, Laporte D, Aiyer A. Racial and ethnic [12] bias in medical school clinical grading: a review. J Surg Educ. 2023;80(6):806–16. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2023.03.004

American Medical Association. Code of Medical Ethics, Opinion 9.2.1: [13] Medical student involvement in patient care. code-medical-ethics.ama-assn.org

American College of Obstetricians and Gynecologists. Professional [14] responsibilities in obstetric–gynecologic medical education and training. ACOG Committee Statement No. 19. Obstet Gynecol. 2025. doi:10.1097/AOG.0000000000005953. acog.org

Tillman S, Chor J. Educational pelvic examinations under anesthesia: [15] recommendations for clinicians and learners. J Clin Ethics. 2022;33(4):347–51. https://doi.org/10.1086/JCE2022334347

ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency- [16] based training. Med Educ. 2005;39(12):1176–7. https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x

Miller BM. How should resident physicians respond to patients' [17] discomfort and students' moral distress when learning procedures in

academic medical settings? AMA J Ethics. 2017;19(6):537–43. journalofethics.ama-assn.org

[18] van der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 1996;1(1):41–67. https://doi.org/10.1007/BF00596229

[19] Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duvivier R, et al. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. Med Teach. 2011;33(3):206–14. https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.551559

[20] Schut S, Maggio LA, Heeneman S, van Tartwijk J, van der Vleuten C, Driessen E. Where the rubber meets the road: an integrative review of programmatic assessment in health care professions education. Perspect Med Educ. 2021;10(1):6–13. https://doi.org/10.1007/s40037-020-00625-w

[21] American Medical Association. Code of Medical Ethics, Opinion 9.2.5: Medical students practicing clinical skills on fellow students. code-medical-ethics.ama-assn.org

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

[23] سنن ابن ماجه، كتاب الأحكام، باب من بنى في حقه ما يضر بجاره، ح 2341 («لا ضرر ولا ضرار»). sunnah.com

[24] في حديث «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته»: صحيح البخاري، كتاب الجمعة، باب الجمعة في القرى والمدن، ح 893؛ وصحيح مسلم، كتاب الإمارة، باب فضيلة الإمام العادل وعقوبة الجائر والحث على الرفق بالرعية والنهي عن إدخال المشقة عليهم، ح 1829. sunnah.com

[25] ابن باز عبد العزيز بن عبد الله. حكم كشف الطبيب على المرأة للتعليم. فتاوى نور على الدرب، الموقع الرسمي لسماحة الشيخ ابن باز، الفتوى 8068. binbaz.org.sa

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

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

[28] وزارة الصحة. وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى. الرياض: وزارة الصحة. moh.gov.sa

[29] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 3/11/1426هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa


CC BY-NC-ND 4.0

[30] اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، وزارة الصحة؛ النظام ولائحته التنفيذية، الإصدار الثالث 1440هـ (2019م)، الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. scfhs.org.sa

[31] General Medical Council. Delegation and referral. In effect from 30 January 2024; updated 13 December 2024. gmc-uk.org

[32] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، مجلس التعليم والتدريب. القواعد التنفيذية للائحة العامة للتقييم. 1441هـ. scfhs.org.sa

[33] Accreditation Council for Graduate Medical Education. Common Program Requirements (Residency). Effective 1 July 2026. acgme.org

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

[35] نظام مكافحة جريمة التحرش، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/96) وتاريخ 16/9/1439هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (488) وتاريخ 14/9/1439هـ، والمعدل بالمرسوم الملكي رقم (م/48) وتاريخ 1/6/1442هـ بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (296) وتاريخ 28/5/1442هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa؛ والتعديل في جريدة أم القرى uqn.gov.sa

[36] Steinert Y. The “problem” learner: whose problem is it? AMEE Guide No. 76. Med Teach. 2013;35(4):e1035–45. https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.774082

[37] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. سياسة رفاه المتدربين (Wellbeing Policy)، ومنها برنامج «داعم» وعيادة الرفاه، النسخة المنشورة في مايو 2023م. scfhs.org.sa/sites/default/files/2023-05/Wellbeing Policy 01 May 2023_0 New version_ (002).pdf

[38] Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry. 2004;161(12):2295–302. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2295

[39] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. سياسة رفاه المتدربين (Wellbeing Policy)، ومنها برنامج «داعم» وعيادة الرفاه، النسخة المنشورة في مايو 2023م، البنود 2.16 و3.1.1.15–3.1.1.17 و3.1.3.20. scfhs.org.sa/sites/default/files/2023-05/Wellbeing Policy 01 May 2023_0 New version_ (002).pdf

[40] المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية. تطبيق «قريبون» للخدمات النفسية الإلكترونية والاستشارات المجانية السرية. App Store. تاريخ الاطلاع: 7 نوفمبر 2026م. apps.apple.com/app/id687335501

[41] American Medical Association. Code of Medical Ethics, Opinion 9.2.3: Performing procedures on the newly deceased. Chicago: AMA. تاريخ الاطلاع: 7


CC BY-NC-ND 4.0

https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/performing-procedures-newly-deceased

[42] Royal College of Surgeons of England. Broadcasting Live Surgery: RCS Position Statement. London: RCS; August 2017. https://www.rcseng.ac.uk/-/media/files/rcs/library-and-publications/non-journal-publications/rcs-live-surgery-policy.pdf

[43] Alsohime FM. Pediatric residents' perceptions of the impact of the 24-hour on-call system on their well-being and education and patient safety: a national survey. Saudi Med J. 2019;40(10):1040–4. https://doi.org/10.15537/smj.2019.10.24548

[44] Lefroy J, Watling C, Teunissen PW, Brand P. Guidelines: the do's, don'ts and don't knows of feedback for clinical education. Perspect Med Educ. 2015;4(6):284–99. https://doi.org/10.1007/s40037-015-0231-7

[45] Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.

[46] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. منهج برنامج طب الأسرة السعودي. 2024م. https://www.scfhs.org.sa/sites/default/files/2024-12/FM%20CURRICULUM%202024-compressed.pdf

[47] Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS 2025: foundational report. Ottawa: Royal College; 2023. https://www.royalcollege.ca/content/dam/documents/learning/canmeds/2023-canmeds-foundational-report-e.pdf

[48] Sawyer T, Gray M, Chabra S, Johnston LC, Carbajal MM, Gillam-Krakauer M, et al. Milestone level changes from residency to fellowship: a multicenter cohort study. J Grad Med Educ. 2021;13(3):377–84. https://doi.org/10.4300/JGME-D-20-00954.1

[49] van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. Drug Alcohol Depend. 2013;131(1–2):23–35. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018

[50] Fnais N, Soobiah C, Chen MH, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M, et al. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. Acad Med. 2014;89(5):817–27. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000200


CC BY-NC-ND 4.0