كيف تكون
طبيبًا متميزًا؟

الانتماء والتمكن في الطب وما لا يسع الطبيب جهله أو تركه من المهارات والقيم

حسن بله محمد الأمين

العبيكان
Obeikan

ح شركة العبيكان للتعليم، 1438هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

محمد الأمين، حسن بله

كيف تكون طبيبًا متميزًا؟./ حسن بله محمد الأمين -

الرياض 1438 هـ

296 ص؛ 14× 21 سم

ردمك: 9 - 091 - 509 - 603 - 978

1- الطب (مهنة). أ. العنوان

ديوي: 610,9 رقم الإيداع: 1438 / 7765

الطبعة الثانية

1439هـ - 2018م

نشر وتوزيع العبيكان Obeikan

المملكة العربية السعودية - الرياض -

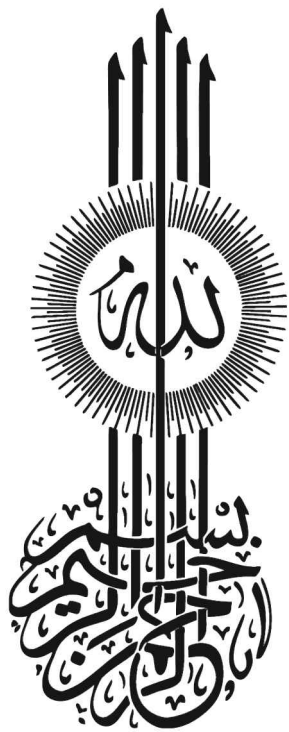
طريق الملك فهد - مقابل برج المملكة

هاتف: 4808654 11 966+ فاكس: 4808095 11 966+

ص.ب: 67622 الرياض 11517

www.obeikanpublishing.com

جميع الحقوق محفوظة. ولا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو نقله في أي شكل أو واسطة، سواء أكانت إلكترونية أو ميكانيكية، بما في ذلك التصوير بالنسخ «فوتوكوبي»، أو التسجيل، أو التخزين والاسترجاع، دون إذن خطي من المؤلف.


بسم الله الرحمن الرحيم

إهداء

إلى كل طبيب يسعى إلى التميز والتمكّن في الطب، ويحرص على الانتماء في ممارسته؛ ليكون الرائد الذي لا يخذل أهله.

وأهدي الكتاب إلى روح والديّ وجدتي، وأخي الأستاذ الدكتور عبد المنعم بلّه، وأفراد أسرتي الذين هيؤوني وأهّلوني لمثل هذا العمل، وكانوا مصدر إلهام لي في مسيرة حياتي.

المحتويات

شكر وعرفان 7

تقديم أ.د عبدالله محمد الربيش 11

تقديم أ.د زين العابدين عبد الرحيم كرار 17

مقدمة الكتاب 25

الفصل الأول: الطبيب المتميز 37

الفصل الثاني: رسالة الطب لدى الطبيب المتمكن 45

الفصل الثالث: الطبيب وأخلاقيات المهنة 53

الفصل الرابع: مسؤولية الطبيب المهنية 65

الفصل الخامس: المسؤولية المجتمعية للطب والأطباء 79

الفصل السادس: من هو الطبيب المتميز؟ وكيف تصبح واحدًا؟ 93

الفصل السابع: المهارات التي يجب أن يتقنها الطبيب
كي يصبح متميزًا 107

الفصل الثامن: المهارات السريرية 123

الفصل التاسع: مهارة طمأنة المريض 137

الفصل العاشر: الطبيب العالم 147

الفصل الحادي عشر: مهارات الطبيب المتميز الشخصية 155

الفصل الثاني عشر: الإبلاغ عن الأمراض الخطيرة 167

الفصل الثالث عشر: مهارات الطبيب الشخصية 179

الفصل الرابع عشر: مهارات مكملة لعمل الطبيب 199

الفصل الخامس عشر: الطبيب المتميز: الحقوق والواجبات 223

أجر الطبيب 249

الفصل السادس عشر: عمل المرأة في المهن الطبية 253

الفصل السابع عشر: موضوعات أخرى تهم الطبيب المتميز 261

خاتمة 279

مراجع الكتاب 287

شكر وعرفان

الشكر والعرفان هنا أكثر من مجرد تزيين للكتاب، إذ لم يكن لهذا الكتاب أن يخرج بهذه الصورة لولا فضل الله أولًا، ثم فضل نفرٍ كريمٍ من العلماء الأصدقاء الذين اطلعوا على الكتاب، وأبدوا ملاحظات قيمة، ولا سيما معالي الأستاذ الجليل الدكتور عبدالله الربيش – مدير جامعة الدمام، الذي أبدى اهتمامًا كبيرًا بالكتاب، بل اقتطع من أجله وقتًا عزيزًا، وشرفني بتقديم موفق للكتاب، وهو قائد المؤسسة التي أنتسب إليها. وأيضًا صديقي وزميلي الأستاذ الجليل الدكتور الزين عبد الرحيم كرار– أستاذ طب الأطفال ورئيس المجلس الطبي السوداني، الذي قرأ فصول الكتاب قراءة ناقدة، وأبدى ملاحظات قيمة، وشرفني بكتابة تقديم ثان للكتاب أعدّه إضافة قيمة. كذلك الأستاذ الدكتور فهد عبدالعزيز المهنّا – استشاري أمراض الكلى ووكيل جامعة الدمام، الذي راجع الكتاب مراجعة تحليلية دقيقة؛ فكان ما كتب جديرًا بالتوقف عنده والإفادة منه.

الشكر موصول لأخي الأستاذ الدكتور عبد العزيز القرين – أستاذ واستشاري أمراض الجهاز الهضمي، ورئيس هيئة تحرير المجلة السعودية

للطب والعلوم الطبية، الذي تدارس معي الكتاب؛ ما جعله أكثر سلاسة وبساطة. وأيضًا لأستاذنا البروفسير أحمد محمد الحسن - أستاذ واستشاري علم الأنسجة، الذي قرأ مسودة الكتاب بعناية، وأرسل إليّ - مشكورًا - اقتراحاتٍ مكتوبة شكلت إضافة حقيقية لأحد فصول الكتاب.

كما أشكر صديقي الأستاذ الدكتور زهير أحمد السباعي - أستاذ طب الأسرة والمجتمع بالجامعات السعودية، فقد قرأ الكتاب بعين الرضا التي هي عن كل عيبٍ كليلةٌ؛ فجاءت ملاحظاته تنضح محبة، وخير النقد ما جاء عن محبة. والشكر أيضًا للصديق الدكتور الشيخ الصديق بدر -الأمين العام للمجلس القومي للتخصصات الطبية في السودان، الذي قرأ الكتاب بمحبة، وأرسل إشارات طمأنة أن الكتاب سيسد ثغرة في موضوعه. ولصديقي وزميلي الأستاذ الدكتور حسن موسى إسماعيل - أستاذ واستشاري الأمراض العصبية، حيث بذل جهدًا كبيرًا في مراجعة الكتاب، ووضع كثيرًا من علامات الترقيم حيثما تكون هذه ضرورية للفهم الصحيح. أما اللغوي الجهبذ الدكتور جمال نور الدين فقد اعتنى بتصويب لغة الكتاب وضبطها، فله شكري وجزيل امتناني.

والشكر أيضًا لأخي وصديقي الأستاذ الدكتور عصام محمد عبد الماجد، الذي بذل جهدًا عقليًّا في تحويل الأفكار والمفاهيم التي تضمنها الكتاب إلى شكل إيضاحي يلخص فصول الكتاب كلها في صفحة واحدة، ومهارة تحويل الأفكار والمفاهيم إلى أشكال إيضاحية من المهارات العظيمة التي تبسط أعقد الأفكار، وتسهل فهمها، فله مني التهنئة والشكر. والشكر موصولٌ لأخي وزميلي الدكتور عبد الحليم بلّه الذي قرأ الكتاب بعنايةٍ واهتمام، وقدم لي مقترحات

لإضافات جيدة. وفي الختام لا يفوتني أن أشكر من نسخ الكتاب على الآلة الكاتبة الأستاذ علي عيسى الحربي، الذي لم يكلّ ولم يملّ من التصحيح وإعادة التصحيح، فله خالص شكري. واللّهَ أدعو أن يثيب كل من أعانني على هذا العمل ممن ذكرت ومن لم أذكر.

تقديم

أ.د عبدالله محمد الربيش

يسعدني أن أقدم للقارئ الكريم هذا الكتاب الذي يعنى بأهم الأولويات في التعليم الطبي التي تتمثل في العنوان الفرعي للكتاب **الانتماء والتميز في الطب**، ويرى أهل الاختصاص في التعليم الطبي أن الانتماء والتميز في ممارسة الطب هما المتطلبان الرئيسان لخريجي كليات الطب، ولم يكتف المؤلف بهذين بل استطرد في العنوان الفرعي؛ ليبين هدف الكتاب وهو استكمال المعارف والمهارات التي تجعل منه طبيبًا متميزًا.

عرَّف المؤلف الطبيب المتميز والمنتمي لمجتمعه بما يمتلك من خصائص وقدرات وقيم، وعرض أمثلة لذلك، وخصص فصلًا لرسالة الطب لدى الطبيب المتمكن وفصلًا آخر لأخلاقيات المهنة التي لا يتم التميز والانتماء إلا بها، وقد عدَّد المؤلف صفات الطبيب المتميز، وأنه ليس مجرد كاتب وصفة أو مضمد جرح.

اختار الدكتور بله عناوين فصول كتابه بعناية فائقة؛ لمعرفته المتعمقة أن علوم الطب ومهاراته أكبر من أن تكتسب في سنوات الدراسة الجامعية؛ ولذا

تطرق لموضوعات يعتقد أنها لا تعطي المساحات الكافية في المناهج الطبية في كثير من كليات الطب في البلاد العربية؛ ولذا فإن هذا الكتاب يسد ثغرة مهمة في المكتبة الطبية العربية.

ومما لا شك فيه أن الدكتور حسن بله مؤهل لمثل هذه المهمة الكبيرة؛ لخبرته الطويلة بوصفه أستاذًا بكلية الطب بجامعة الملك فيصل، والتي تغير اسمها لجامعة الدمام، وحديثًا جامعة الإمام عبدالرحمن الفيصل؛ ولاهتمامه الكبير بالتعليم الطبي، وقد أسهم سعادته عبر سنوات عمله بالجامعة بوصفه عضوًا في لجان المنهج والتعليم الطبي وتطويره.

اهتم المؤلف بموضوعات عدة تشغل بال اختصاصيي التعليم الطبي؛ كالمهنية في الطب والمسؤولية المجتمعية لكليات الطب والأطباء؛ ففي مفهوم المهنية الذي تكرر كثيرًا في ثنايا الكتاب يضيف الدكتور بله بُعدًا جديدًا، ألا وهو البعد العقدي، عادًّا مفهوم المهنية مطابقًا لمفهوم (الإحسان) والإتقان، مما يستدعي مراقبة الله في عمل الطبيب، فالإحسان كما ورد في الحديث الشريف «أن تعبد الله كأنك تراه فإن لم تكن تراه فإنه يراك»*. وأورد المؤلف ما يدعم رأيه بحديث آخر عن الإتقان «إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملًا أن يتقنه»**، ولا شك أن كل ذلك يشكل إضافة تميز عمل الطبيب في المجتمع الذي يخدمه، بالإضافة إلى ذلك عرض المؤلف الأسباب التي دعت لانحسار المهنية في الطب وتراجعها في أيامنا هذه، ومنها التغيرات السلبية في أنظمة المهنة،

* أخرجه البخاري (رقم50) ومسلم (رقم9).

** أخرجه أبو يعلى (رقم4386) وحسنه الألباني في صحيح الجامع (رقم1880).

والظروف الاقتصادية، والتقنية، والصناعة الطبية، فضلًا عن أنه أشار إلى الأوضاع المتردية للأطباء في بعض البلدان.

في الفصل السابع دعا المؤلف الأطباء في التخصصات كلها إلى ممارسة الوقاية والعلاج، وتقديمهما في طبق واحد للمرضى، وأن الوقاية وتعزيز الصحة ليستا مهمة اختصاصيي طب المجتمع أو الصحة العامة فقط، وإنما مهمة كل طبيب في تخصصه.، وكما ذكر المؤلف فإن استجابة المرضى والمراجعين تكون أكبر حين يُقدَّم النصح والتوعية من الطبيب المعالج، بالإضافة إلى ذلك عرض المؤلف أمثلة لخروج بعض أصحاب التخصصات السريرية إلى المجتمع، ونجاحهم في العمل بما ينصحون به، أيضًا دعا المؤلف إلى أهمية التدريب لاكتساب مهارات التثقيف الصحي، وتعزيز الصحة، وتقديم ما أسماه (وصفة العافية). وقد أحسن المؤلف صنعًا إذ أعطى حيِّزًا كافيًا للاستشارة الطبية بوصفها مهارة أساسية، وأفرد فصلًا كاملًا لمهارة تكاد تكون منسية، وهي طمأنة المريض، وفصَّل الخطوات العلمية اللازمة لممارستها، ولاشك أن ما أورده الدكتور بلّه في هذا الفصل يشكل إضافة علمية متميزة.

خصص الدكتور بله فصلًا عن (الطبيب العالم)؛ حيث إن امتلاك مهارات البحث العلمي هي ما يجعل الطبيب عالمًا، ودعا إلى (إحلال العلم في الطب)، وهذه دعوة للقيام بأبحاث أصيلة تشكل إضافة حقيقية، وترفع من المكانة العلمية للأطباء والجامعات في بلادنا على المستوى العالمي.

إن اهتمام الدكتور بلّه بموضوع البحث العلمي في محله؛ فقد أصبح البحث العلمي اليوم ضرورة ليس للأكاديميين فقط، وإنما لكل طبيب ممارس؛

حتى يستطيع الاستفادة من الأرقام والبيانات التي تتوافر له خلال الممارسة، بل أصبح نشر الأبحاث شرطًا للالتحاق ببرامج التخصصات الطبية في بعض الدول، ويذكر المؤلف أن مهارات البحث العلمي ضرورية لممارسة الطب المبني على البرهان، وهي ضرورية أيضًا للقراءة الناقدة للأبحاث، وقد أحسن المؤلف إذ لفت نظر القارئ إلى شهادة المنصفين من علماء الغرب أن أصول الازدهار الأوروبي تعود إلى إسهام البحث العلمي عند العرب والمسلمين. وأورد نصًّا لبريفولت في كتابه **بناء الإنسانية** يؤيد ذلك؛ إذ يقول النص: ((ليس ثمة ناحية واحدة من نواحي الازدهار الأوروبي إلا يمكن إرجاع أصولها إلى مؤثرات الثقافة العربية الإسلامية، وإلى المصدر القوي لازدهاره؛ أي في روح البحث العلمي)). وليس من المستغرب أن يهتم الدكتور بله بالبحث العلمي؛ فقد كان لمدد طويلة منسقًا لدورات البحث العلمي بكلية الطب.

اهتم الدكتور بلّه بالمهارات الشخصية للطبيب المتميز، والمهارات المكملة لعمله، وأهمها مهارات التواصل مع المرضى والزملاء والمجتمع، ولاشك أن اهتمام المؤلف بهذه المهارات دليلٌ ليس فقط على أهمية هذه المهارات، ولكن على مواكبته للمناهج الحديثة في الطب؛ فهذه المهارات يحتاجها الأطباء في شتى التخصصات، بل ويحتاجها جميع العاملين في المهن الطبية وغيرها.

لقد سرني أن المؤلف خصص فصلًا كاملًا عن عمل المرأة في الطب، داعيًا إلى دعمها وتمكينها، وهي دعوة تجد القبول لدى أصحاب النظر في المهنة الطبية وغيرها؛ إذ إن معظم الطبيبات في بلادنا متميزات، ويؤدين رسالة حساسة ظل يؤديها الأطباء الذكور للمجتمع في غياب الكادر النسائي

الطبي المؤهل. وقد ذكر المؤلف في الفصل الثاني من كتابه بعض ما يميز عمل النساء في الطب والفضائل التي يتحلين بها؛ فهن كما يقول المؤلف: ((يمتلكن فضائل الصبر والانضباط وتكامل الشخصية، ويظهر ذلك كله في مقدرتهن الفائقة على الاستماع والتبسيط والإقناع، ويدركن أهمية القيام بالعمل الذي يحتاج إلى تكرار، ويجدن فيه رضىً وراحة نفسية، ومثل هذا الخاصية لا يمكن الاستغناء عنها في رعاية الصغار والضعفاء)).

وأخيرًا أود أن أشير بأن هذا العمل ما كان ليخرج بهذا الثوب لولا خبرة الدكتور حسن بله الطويلة في مجال التحرير الطبي، بجانب اطلاعه الواسع على آخر المستجدات في الطب، وقد كان رئيسًا لهيئة تحرير مجلة طب الأسرة والمجتمع لأكثر من عشر سنوات، وهو الآن الرئيس المشارك لهيئة تحرير المجلة السعودية للطب والعلوم الطبية، وهي الإصدار العلمي في التخصصات الصحية بجامعة الإمام عبدالرحمن الفيصل، وعلاوة على ذلك حَرِص المؤلف على الاستشهاد بأقوال المتقدمين من الأطباء ومن التراث الطبي العربي الإسلامي، الذي لا يستغني أطباء الحاضر عنه، مما جعل كتابه هذا مرجعًا حديثًا في كثير من الموضوعات التي تطرق إليها.

وختامًا أود أن أهنِّئ الدكتور حسن بله على هذا الكتاب القيِّم، وأسأل الله أن ينفع به طلاب الطب والأطباء في بلادنا العربية والعاملين في المجال الصحي، وأن يكون الجهد الذي بذله في ميزان حسناته.

أ.د عبدالله محمد الربيش
مدير جامعة الإمام عبدالرحمن الفيصل
أستاذ واستشاري الأمراض التنفسية
بمستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر
الدمام المملكة العربية السعودية

تقديم

أ.د زين العابدين عبد الرحيم كرار

شرفني أخي وصديقي الأستاذ الدكتور حسن بلّه الأمين بكتابة تقديم لكتابه **كيف تكون طبيبًا متميزًا؟** وهو يلج بذلك ساحة جديدة للعطاء فى مجال المهنة، والتعليم الطبي يسبقه عطاء سابق في: التوثيق، والسرد التاريخي، والتعريف بما قدمته القابلات السودانيات للخدمة الطبية فى السودان، ألا وهو كتاب **أطباء السودان الحفاة**، الذي وجد قبولًا وتقييمًا منصفًا من كبار الأساتذة والأطباء والمثقفين في السودان، وهم يحتفون به أيّما احتفاء بوصفه إضافة متميزة للمكتبة السودانية.

فى هذا الكتاب نجد وجهًا آخر للدكتور حسن بلّه – خبير التعليم الطبي والأستاذ المتميز وهو يتناول المحاورالأساسية فى تكوين الطبيب الجيد، والكفاءات التي يجب أن يتقنها عند التخرج وولوج ساحة الممارسة الطبية التي يجب عليه تنميتها وتطويرها في أثناء مسيرته المهنية، وذلك عن طريق: التعلم الذاتي، والتطوير المهني المستمر.

تأتي هذه المساهمة على خلفية متغيرات كبيرة فى مجال التعليم الطبي والمهنة، حيث كانت تلك الكفاءات والقيم ممارسات يكتسبها الطبيب تلقائيًّا عن طريق التشبه والاستهداء بالقدوة فى مجال المهنية، متمثلة فى أساتذته وزملائه وذوي الخبرة من أفراد الفريق الطبي، ويضيف إليها من خلال ممارسته ونضجه المهني وخبرته المكتسبة؛ ليتواصل عطاؤه للأجيال اللاحقة من الطلاب والأطباء. إن السياق الحالي للتعليم الطبي، والممارسة المهنية، والنظام الصحي، وما استجد فيه من تفرع للتخصصات الدقيقة، وتطور تكنولوجي، ومتغيرات فى المفاهيم والسياسات على مستوى المهنة والمجتمع، والأعداد الكبيرة من كليات الطب وطلبتها، وما استجد من تأطير لمفاهيم الممارسة الطبية الجيدة، وتحديد لكفاءاتٍ قيمية وسلوكية ومهنية مرتبطة بحقوق الإنسان والمجتمعات وموروثاتها وأعرافها؛ ذلك كله جعل من ترك أمر اكتسابها من خلال التأسي بالقدوة أمرًا لا يمكن الاعتماد عليه دون دعمه باكتساب المعارف والتدريب والممارسة بصورة منتظمة في أثناء المراحل المختلفة لإعداد الأطباء.

تبلورت مفاهيم المسؤولية الاجتماعية لكليات الطب والمهنة عبر مفهوم العقد الاجتماعى بين المهنة والمجتمع، والذي حدد إطارًا اجتماعيًّا للعلاقة بين الأفراد والمجتمعات والمهنة الطبية، خلوصًا إلى ميثاق مهنية الطبيب فى العام 2002م، الذي وضع إطارًا مكّن التعليم الطبي من تحديد نموذج تربوي؛ يشكل أخلاقيات المهنة، وأسس الممارسة الطبية الجيدة، ومهارات التواصل مع الأفراد والمجتمع أساسًا له، إضافة إلى المعارف والمهارات، ويقوم عماده

على القيم الإنسانية والأخلاقية من: أمانة، ونزاهة، وتفانٍ، ومراقبة للذات، والالتزام بحقوق الأفراد والمجتمعات.

وحال تشكل ذلك الإطار حددت المناهج الكفاءات والقدرات الواجب اكتسابها، وشكلت تلك الكفاءات أساسًا تبنى عليه رؤية المناهج ورسالتها، وتتشكل أهدافها ووسائل تدريسها وتقويمها، ويتبلور ذلك فى تغيير فلسفة المناهج وتخطيطها، حيث برز مفهوم المناهج الطبية المرتكزة على الكفاءات.

وكان تفاعل المجالس الرقابية فى المجال الطبي مشابهًا، حيث حُددت الكفاءات المطلوبة من الأطباء قبل التسجيل للممارسة المهنية، وضمنتها فى التقويم المهني للأطباء ومعايير اعتماد كليات الطب. وتطورت برامج التدريب المهني المستمر على جميع مستويات الممارسة؛ للتأكيد على تلك الكفاءات والمحافظة عليها، وتطويرها عن طريق التعليم الذاتي، وبرامج التدريب المهني المستمر الذي يؤهل الطبيب لمواكبة المستجدات واستيعابها.

تناول الكتاب محاور عدة، يمكن تلخيصها على النحو الآتي:

1. المحور الأول: فيه عرض تفصيلي لمفهوم الصحة بأبعادها المختلفة، والمحددات الاجتماعية والمجتمعية للصحة، والمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات، وضرورة ربط المناهج بالمجتمع وموروثاته ومعتقداته. وخلص إلى أن: التزام الطبيب المهني والمجتمعي، والعمل من أجل تحسين الصحة للأفراد والمجتمعات، وتوفير الرعاية الصحية

الجيدة بأبعادها الوقائية والتعزيزية والعلاجية والتأهيلية، يشكل التزامًا واجبًا على الطبيب .

وتضمن المحور أخلاقيات الممارسة الطبية وأهميتها، وقد تم تناولها من المنظور الأخلاقي، ومتطلبات المجتمع من الأطباء والمهنة، وفصل فى مفرداتها القيمية وضرورة الالتزام بها وتأصيلها، ومراعاة السياق المجتمعي، واحترام موروثاته.

ثم تناول مفهوم مهنية الطبيب، والذى بني على مفاهيم العقد الاجتماعي بين المهنة والمجتمع والطبيب والمريض، وشكل أساسًا للتغيير فى مناهج كليات الطب والعلوم الطبية، فقد أصبحت مفردات أخلاقيات الممارسة والممارسة الطبية الجيدة ومهارات التواصل تشكل ركائز أساسية فى تخطيط المناهج، وأصبحت هذه الكفاءات إحدى مطلوبات المجالس المهنية الرقابية الواجب اكتسابها لتسجيل الممارسة.

2. المحور الثاني: تناول تعريف الطبيب الجيد، وتناول أيضًا الكفاءات التي يجب اكتسابها، وفصل مفرداتها الأخلاقية والقيمية الواجب الالتزام بها، والمهارات المهنية، ومهارات التواصل، والالتزام المهني بحقوق المرضى، والعمل مع قيادة الفريق الطبي، والالتزام بمواكبة التطور العلمي والمهني عن طريق التعلم الذاتي والتطوير المهني المستمر. وأفرد حيزًا كبيرًا لمهارات التواصل وأهميتها. وتضمن هذا المحور إفادات مختلفة من شخصيات عالمية مؤثرة، وعرض تجارب متعددة.

كذلك تناول المحور المسؤولية الاجتماعية للطبيب على مستوى الأفراد والمجتمع، وضرورة التزامه بالمنافحة عن مفاهيم حق الصحة للجميع، وإتاحتها للشرائح الضعيفة دون حواجز جغرافية أو مادية أو اجتماعية، وعدالة النظام الصحي وكفاءته وفق الأولويات الصحية للمجتمعات. وقدم تفصيلًا عن الكفاءات المطلوبة وكيفية العمل لاكتسابها.

3. أما المحور الثالث، فقد تناول مفهوم حقوق المرضى، وأكد حق المرضى فى الصحة بوصفه حقًّا إنسانيًا أصيلًا وليس منحة، وحق المرضى فى التعامل الإنساني والمهني الملتزم، وفى اتخاذ قراراتهم فى المعالجة بعد تنوير الطبيب ومساندته، وحقهم في حفظ أسرارهم، وصون كرامتهم، وعزز ذلك ببعض الأمثلة من مؤسسات مهنية رفيعة المستوى.

وتناول الكتاب عمل المرأة فى مجال الطب والصحة، منافحًا عن ذلك ومعززًا للدعوة لإتاحة الفرص المتكافئة، ومشيدًا بالتوجه نحو تمكين المرأة في المجالات كافة، وقد تضمن هذا الجزء أمثلة من عمل المرأة في الطبابة والتمريض من التراث الإسلامي.

استند الكتاب إلى أكثر من تسعين مرجعًا، منها مراجع إسلامية وعربية، وتضمنت بعض الكتب والمقالات المنشورة.

وقد أتى السرد سلسًا وشائقًا، وربط المؤلف بين حلقاته المختلفة بصورة جيدة عكست تمكنه وطول باعه، وقد برزت شخصية المؤلف وروحه في المحاور كلها، فهناك الانحياز الواضح للصحة بمفهومها

الأوسع، والدعوة إلى الالتزام بتوفير الصحة بوصفه حقًّا إنسانيًّا وليس منحة، والدعوة إلى التزام الأطباء بنظم صحية ذات كفاءة وعدالة، والتزام مهني واجتماعي نحو الفئات الضعيفة، والعمل مع فرق طبية متجانسة ومتعاونة؛ لتحقيق هدف موحد، هو ترقية صحة الأفراد والمجتمعات بمشاركتهم، واحترام موروثاتهم ومعتقداتهم، وهي روح الدكتورحسن بلّه والتزامه.

وحين تطالع محاور مهنية الطبيب المختلفة والدعوة للسعي إلى اكتسابها والتمكن من وسائلها، ترى بعد الخبرة والبعد التربوي والتمكن فى الجوانب المختلفة للتعليم الطبي، وتبرز شخصيته أستاذًا ملهمًا، والتزامه بالدعوة إلى تعليم طبي متطور أكثر التزامًا بمسؤوليته الاجتماعية على مستوى المؤسسات والخريجين.

ورغم أهمية المحاور التي يتناولها هذا الكتاب لتوفير تعليم طبي متطور ومواكب، وأكثر التزامًا ومساندة للأفراد والشرائح الضعيفة، وأجزل احترامًا للمجتمعات ومعتقداتها وموروثاتها، إلا أن المكتبة الطبية فى العالم العربي ما تزال بعيدة عن الإسهام الواجب في هذا المجال، وهنا تكمن أهمية هذه المساهمة من الأستاذ الدكتور حسن بلّه.

يوفر الكتاب مرجعية يُطلب توفيرها في مكتبات كليات: الطب، والعلوم الصحية، والعلوم الإنسانية المرتبطة بالتعليم الطبى، وهو كتاب لا غنى عنه لكل طبيب ولكل فرد من أفراد الفريق الصحي يسعى إلى أن يكون طبيبًا ومهنيًّا جيدًا ذا أبعاد ومقدرات تتعدى الكفاءة المهنية إلى آفاق إنسانية

واجتماعية، ومهارات قيادية قادرة على إحداث التغيير؛ لتطوير ما يقدمه من خدمة للمرضى وتطوير للنظام الصحي، وذلك من خلال التزام بالمسؤولية الاجتماعية تجاه الأفراد والمجتمعات.

التهنئة للمؤلف، والإشادة على هذا الجهد القيم والإضافة الكبيرة فى هذا المجال.

أ.د زين العابدين عبد الرحيم كرار
أستاذ طب الأطفال- جامعة الخرطوم
رئيس المجلس الطبي السوداني

مقدمة الكتاب

«الأطباء الأحداث والأميون والمقلدون ومن قلّ عنايته وكثر شهوته قتالون».

الرازي

ظللت على مدى عقود من الزمان أبحث عن كتاب باللغة العربية يضم بين ثناياه ما يحتاج الطبيب إلى أن يعلمه من المعارف وما يجب أن يصقله من المهارات، وتأملت كثيرًا في المكتبة الطبية العربية فلم أجد كتابًا جامعًا يضمّ بين دفتيه ذلك، فارتأيتُ أنْ أُفرغ وسعي لسدِّ هذه الثُغرة في المكتبة العربيّة؛ لأنّ النّاظر يجدُ أنّ أغلب الكتب التي تتناول هذه الموضوعات في كثير من جنباتها – وليس كلها – باللُّغة الإنجليزية؛ ولكنّ قراءتها قد تصعب على بعض الأطباء، ولا سيما أولئك الذين لم يدرسوا الطبَّ بلغةٍ أجنبيةٍ، وحتى من يجيد اللُّغة الأجنبية قد يجد قراءة مثل هذه المادة باللغة العربية أسهل وأسرع وأسلس، مثلما بينت بعض الدِّراسات.

ومن هذا المُنطلق رأيتُ أن يكون هذا الكتاب عن الطبيب الحاذق المتمكِّن ليس في مهاراته السريريّة فحسب، ولكن في شتّى المهارات التي يتطلبها عمله،

ليصل بذلك إلى درجة الانتماء والتميُّز. تقوم فكرة الكتاب على وصف هذا الطبيب المتميِّز، وتحديد سمات التميُّز، وإنّي لأرجو أن يكون الكتاب دليلًا مرشدًا لكُلِّ من ينشد التّميُّز والتمكّن، وفي اعتقادي أنّه يجب ألا يكون هناك طبيب بمستوى متوسط، أو فوق المتوسط؛ فإمّا أن يكون الطبيب مُتمكِّنًا، أو أن يكون طبيبًا ناقصًا يُخشى منه ما لا تُحمد عُقباه، ولا يعني ذلك أنّه لن يكون هناك تفاوتٌ بين الأطباء؛ لأنّ هذا من سُنن الحياة وطبيعة البشر، بل سيكون ثمة تفاوتٌ في الإتقان والجودة، ولكنه ليس تفاوتًا بين طبيب متميز وطبيب غير آمن. وقديمًا قال الرّازي: «الأطباء الأحداث والأُميّون والمقلدون ومَنْ قلّت عنايته وكثر شهوته قتالون»[1].

إنّ ممارسة مهنة الطبِّ في عالم اليوم تختلف عنها في ما سبق من عهود وعقود؛ فالحياة في أيامنا هذه أكثر تعقيدًا، وعلوم الطبّ أكبر من أن تُكتسب في سنوات الدّراسة الجامعيّة؛ ولن يستطيع الطبيب مهما بذل من جهد أن يواكب كُلّ ما يستجد في مجال تخصصه؛ بل من العسير عليه ذلك، ولكن الذي يمكن أن يدركه الطبيب هو أن يكون آمنًا وقادرًا على أداء واجبه بمهنية واقتدار. إنّ أكثر ما يحزنني أن يتناهى إلى سمعي أنّ مريضًا لم تشخّص علّته إلاّ بعد فوات الأوان؛ لا سيما حين يكون التّشخيص المبكر فيه نجاة المريض، أو أنّ مريضًا تمّ تشخيصه خطأً، وخيرٌ للطبيب ألاّ يشخِّص من أن يُخطئ في التشخيص، ولعلّ هذه قاعدة من العلم بمكان في الثقافات كلها (Omission is Better Than Commission).

ولكُلِّ هذا وذاك رأيتُ أن أستعرض في هذا الكتاب ما أرى أنّه لازمٌ لكُلِّ طبيب، بغضِّ النّظر عن تخصُّصه، حتى إذا فاته شيء ممّا يُحَسِّن ممارسته لم يفته استصحاب القيم واكتساب المهارات التي فصلناها في الكتاب، والتي تجعل منه طبيبًا متمكِّنًا قادرًا على تطوير نفسه في الأصعدة كافة؛ ولذا تجدُني كتبتُ بشيء من التفصيل عن المهارات التي أعتقد - من وجهة نظري - أنّ مناهج كُليّات الطبّ لم تكن تُعنى بها، أو لم تخصص لها وقتًا كافيًا مثل: مهارات نقل الأخبار غير السّارة للمريض، ومهارات التّعامل مع ما يسمّى المريض الصعب (The Difficult Patient). وحين ندعو إلى أن يكون الطبيب مواكبًا لما يستجد في مجاله فإنّ ذلك لا يعنى الاستغناء عن أُمّهات الكتب، وعن كتابات الأوّلين ولا سيما أطباء العرب والمسلمين أمثال: ابن سينا، والرازي، وغيرهم؛ فإنّ كتبهم ربما لا تكون صالحة للوصفات الدّوائية اليوم؛ ولكنّها كنوزٌ معرفيّةٌ مليئة بالقيم والمفاهيم والنّظريات التي تنتظر من يكتشفها ويزيل عنها الرّغام ويثبتها ويطوّرها، وما ندمتُ قطُّ على وقت قضيته مع هؤلاء الرجال العظماء؛ بل كانت مطالعاتي في كتبهم سياحة معرفيّة وجدتُ فيها بعدًا فكريًّا قلّ أن يوجد في كُتب المتأخرين مهما بلغ شأوهم، وذاع صيتهم.

لقد تعلّمتُ طوال مسيرتي في الطبّ من رجال أفذاذ، وبذات القدر - أو ينقص قليلًا - تعلّمتُ أيضًا من زملائي، ومن طُلبتي ومرضاي الكثير الكثير. تعلمتُ الطبّ من أساتذة نذروا أنفسهم لرسالة الطب السامية فأدّوها أحسن ما يكون الأداء، تعلمنا من هؤلاء الأساتذة الأجلاء أنّ النّباهة في الطبِّ ليست في تخمين التشخيص؛ ولكن في إتقان المراحل التي تقود إلى التشخيص الصّحيح.

علمونا كيف يكون التزام الخلق الطبي القويم مدعاةً لتقوية ثقة المريض في الطبيب، فيدفعه ذلك إلى أن يبذل له كلّ ما يساعده على التشخيص الصحيح والعلاج السليم. وتعلمت من الزملاء، وأدركت منهم أنّ رسالة الطبيب ليست بالأمر الذي يستسهله كُلّ أحد، فقد كانوا نعم الزملاء، ولهم الفضل - بعد الله- في ما اكتسبته من مهارات لم نكن لنكتسبها لولا مرافقتنا إيّاهم، وصلتنا الوثيقة بهم.

ربما يتساءل القارئ: كيف يتأتّى لأُستاذٍ أن يتعلّم من طلابه؟ وإليك الإجابة: كنتُ وزملائي على مدى ربع قرن من الزّمان ونيّف نحضر التقرير الصباحي (Morning Report)، والذي يقدّم فيه الطلبة (أطباء امتياز ومقيمون) ما يطلب إليهم تقديمه من حالات اليوم السابق، ويُطلب إلى بعضهم تقديم ملخصات لآخر المستجدات في الطبِّ السريري والوقائي فيما نسميه نادي المجلات العلمية (Journal Club)، فكانوا يغوصون في الأدبيات من المجلات العلميّة المُحكَّمة، ويتنافسون في تقديم أحدث المعلومات، كانوا مصدرًا مهمًّا في تحديث معلوماتنا، إذ كنّا نقدّم لهم من خبرتنا، ويقدّمون لنا أحدث قراءاتهم، وكان النّقاش دُولةً بين الجميع، أساتذةً وطلبة يثري الكلّ.

تعلّمنا من أعضاء الفريق الصّحي كثيرًا مما لديهم من خبرة وحكمة وحنكة، وبقدر ما قدمنا لهم أخذنا منهم، وتعلمنا من قابلات القُرى اللائي كان علينا مرافقتهن لتوليد النساء في البيوت، تعلمنا منهن أهمّيّة النّظافة في العمل الطّبي، والتعامل الإنساني مع الوالدات وكسب ثقتهنّ ومحبتهنّ، وتجدر الإشارة إلى أنّ بعض هؤلاء القابلات أُمّيّات؛ ولكن عبقرية التّدريب أحالتهن خبيرات

توليد متميزات، رأينا فيهن المؤهلات غير الأكاديمية التي حققت لهن النجاح والرضا الوظيفي.

كنّا نتعلُّم من المرضى وملاحظاتهم القيّمة، كان كثيرٌ منهم أصحاب تجربة؛ فاستفدنا منهم تصديقًا لحكمة: (اسأل مجرب)، كنّا في عيادات الأطفال نتعلّم من الأُمهات؛ فبالإنصات الجيّد كانت الأُمُّ تقدّم لنا التّشخيص، وتعلِّمنا أنّ الأُمّ المستنيرة ربما تكون أكثر خبرةً من الطبيب في مساعدة ابنتها المرضع على حلّ مشكلاتها في الرضاعة الطبيعية.

وقد تعلمتُ كثيرًا من العمل الحقلي، وأيضًا البحثي الذي كان يستدعي بقاءنا أيامًا وليالي في القرى، حيث أجرينا أبحاثًا أصيلة في الملاريا والبلهارسيا، تعلمنا منها أنّ من أصعب الأشياء أن تجد حالة مطابقة تمامًا لِما في كتب الطبّ، أو ما يسمى (Textbook case)، وفي القرى كان اتصالنا بحكمائها الذين كانوا يبدون لنا ملاحظاتٍ ساعدتنا كثيرًا على تفسير نتائج الأبحاث التي كنّا نجريها في قراهم، وأخذنا كثيرًا من الحكمة من أفواه الرجال والنساء، والحكمة ضالة الطبيب، أنّى وجدها فهو أحقُّ بها؛ ليكون جديرًا بلقب الحكيم الذي يطلق عليه وحده في كثير من مجتمعاتنا.

وتعلمت كثيرًا من المهمات التي أنجزتها بوصفي مستشارًا لمنظمة الصحة العالمية في عدد من دول العالم، إذ أضافت تلك المهمات بعدًا مهمًّا في الخبرة الحقلية والصحة الدولية، وانعكس ذلك إيجابيًّا على خبرتي في تعليم الطب.

وحتّى يكون هذا الكتاب معربًا عن الحاجة غير مقصِّرٍ عن الدّلالة رأيت أن أقسمه إلى فصول جاءت على النّحو الآتي:

- **الفصل الأوّل:** ناقشت فيه معنى الانتماء والتميز في الطب، وأصولهما من التراث الطبي العربي، وكذلك بمفهوم المعاصرة اليوم.
- أمّا **الفصل الثاني:** فهو عن رؤية الطب ورسالته وهدفه قديمًا وحديثًا، وعن مكانة الأطباء على مرّ العصور، كما يناقش الفصل متطلبات الصّحة، وأغلبها خارج القطاع الصحي، وكذلك الأبعاد الكاملة لصحة الإنسان.
- **الفصل الثالث:** عن الطبيب وأخلاقيات المهنة. ولمّا كان الالتزام بالخُلق الطبيّ القويم من أولويات التّميز كان لا بدّ لهذا الفصل من أن يأتي بهذا العنوان. وممّا لا شكّ فيه أنّ ما يمكن أن يكتب عن أخلاقيات المهنة يحتاج إلى كتب، وليس فصلًا؛ ولذا اقتصرنا على إشارات تعين الطبيب على السعي إلى تعلم الكثير عن أخلاقيات المهنة.
- **الفصل الرابع:** حاولت أن أعالج فيه مفهومًا مهمًّا لكل طبيب يَنشد التمكن، ألا وهو المسؤولية المهنية في الطب؛ فجاء التفصيل والتّفريع في معنى (المهنية) (Professionalism) وتعريفاتها، وقد يسميها بعض الناس (الإخلاص المهني)، وأنّ ذروتها هي الإحسان في العمل؛ وأنّها تُمثل منظومة القيم والسلوك والعلاقات التي تُحكِمُ ثقة الناس بالأطباء.

- **الفصل الخامس:** يتناول المفهوم الذي يجسّد العلاقة بين مهنة الطب والمجتمع؛ والمسؤولية المجتمعية للطب والأطباء، وهي ما يجعل الطبيب منتميًا، ويجعل ممارسة الطب ملائمة للزمان والمكان.
- **الفصل السادس:** جاء إجابة عن سؤال مهم: مَن هو الطبيب المتميز؟ وكيف يكتسب التميز؟ ونقلتُ في هذا الفصل إفادات أطباء من شتّى دول العالم عن وجهات نظرهم في (كيف يكون الطبيب متمكنًا ومتميزًا؟)، ويعدُّ هذا الفصل امتدادًا لفصل (المهنية في الطب) الذي سبقه، وربما يجد القارئ في هذا الفصل ما يعينه على تكوين رؤيته الخاصة عمّن هو الطبيب المتميز.
- أمّا الفصول: **السابع، والثامن، والتاسع:** فهي عن المهارات التي ينبغي للطبيب أن يتقنها حتى يكون متميزًا، ومنها: مهارات الوقاية، وتعزيز الصحة، والمهارات السريرية، ومهارة طمأنة المريض، ومهارات الطبيب العالم، ونعني بها المهارات البحثية التي تجعل من الطبيب عالمًا وأكاديميًّا باحثًا وإنسانًا.
- **الفصل العاشر:** جاء لمناقشة مهارات التواصل والإلقاء، وهي مهارات مفصلية لعمل الطبيب.
- **الفصل الحادي عشر:** جاء تفصيلًا في مهارة خاصة من مهارات التواصل هي (نقل الأخبار غير السارة للمريض)، وكيف يمكن أن يتقنها الطبيب، ويمارس مهاراته فيها فيشعر بالثقة والرضا.

- **الفصل الثاني عشر:** ناقشنا فيه مهارات الطبيب المتمكن الشخصية، ومنها: مهارات القيادة، وحل المشكلات، والعمل في فريق، وإدارة الوقت.
- **الفصل الثالث عشر:** تناولنا فيه مهارات نعتقد أنّها مكملة لعمل الطبيب المتميز، ومنها: مهارات التعلم الذاتي وتعليم الآخرين، والقراءة والكتابة العلمية، ومهارات الحاسوب والإنترنت.
- **الفصل الرابع عشر:** من المشكلات التي تواجهنا وتقضُّ مضاجعنا أنّ عددًا غير قليل من الأطباء لهم رؤية ضبابية حول واجباتهم؛ بل حتى عن حقوقهم، ولقد أدركت هذا من خلال تعاملي مع كثير من الزملاء بأنّ رؤيتهم لحقوقهم وواجباتهم قد تكون مبسترة، إما جهلًا بأبعاد واجبات الطبيب وحقوقه، أو أنّ بعضهم يتعمَّد إغفال هذه الواجبات لحُججٍ يظنّ أنّها مقنعة؛ فجاء هذا الفصل معالجًا لهذا الجانب المهم، وذلك بتعداد ما اتُّفِقَ عليه من حقوق للطبيب وواجباته نحو المرضى والمجتمع؛ حتى يكون الطبيب على بينة من هذه؛ لأنّ الوفاء بالواجبات ومعرفة الحقوق من مقومات التمكُّن والتميُّز.
- **الفصل الخامس عشر:** ولمّا كان الكلام عن الانتماء والتميز في الطب لا تكتمل منظومته دون التعرُّض لموضوع نرى أنه من الأهميّة بمكان؛ ألا وهو عمل المرأة في المهن الطبية، فرأينا أن نخصّص له هذا الفصل؛ لأنّ لذلك خصوصية في عالمنا العربي. فبالرغم من أهمية وجود الطبيبة في مجتمعاتنا إلا أنّ هناك من يتحفظ على ذلك،

فرأينا أن نبرز ونقدر ما تسهم به الطبيبة، ونبين أنّ عملها في هذا المجال يستحق الإشادة والدعم لا التحفظ والتشكك.

- **الفصل السادس عشر:** ولكي يكون الكتاب شاملًا فقد تطرقنا إلى بعض الموضوعات التي نرى أنها تهم الطبيب المتميز. من ذلك: التراث الطبي، واقتصاديات الصحة، والطبيب والعمل الخاص. وتعرضنا أيضًا لموضوع هجرة الأطباء بوصفها ظاهرة خطيرة في أغلب دولنا تعكس عدم الانتماء. وختمنا هذا الفصل بالدعوة إلى وقفات إيمانية في أثناء تعلم الطب وممارسته.

كان بالإمكان إضافة فصول أخرى، ولكننا آثرنا - تيسيرًا على القارئ - أن يكون كتابنا خفيفًا يسهل حمله، وتعظُم فائدته، وكما قيل: «خير الكلام ما قلّ ودلّ». ولقد حرصتُ الحرص كله على أن تكون لغة الكتاب لغةً ميسرة في متناول الجميع، فلم نتبع فيه الالتزام المطلق بالكتابة العلمية؛ حتى تستساغ قراءته ويكون الكتاب جليسًا مؤنسًا ونافعًا، وقد درجت في أغلب كتاباتي على إبقاء بعض النّصوص باللُّغة الانجليزية كما وردت، حتى إذا احتاج من يقرأ الكتاب للإفادة منها كان بإمكانه ذلك.

إني لآمل أن يصل هذا الكتاب إلى الأطباء من الخليج إلى المحيط، فهو موجَّهٌ لكل طبيب يتحدث العربية ويقرأ بها، وموجَّهٌ أيضًا لجميع من يقدم الخدمة الصحية بحسبانه عضوًا في الفريق الصحي الذي يقوده الطبيب. نقول هذا لأن ممارسة الطب ليست حكرًا على الأطباء، فالخدمة الصحية المتكاملة تقوم اليوم ليس على الطبيب وحده، ولكن على أفراد الفريق الصحي جميعهم.

فهناك من أعضاء الفريق الصحي من يحق له كتابة الوصفات بوصفه من فئة مساعد الطبيب (Physician's Assistant) في الولايات المتحدة والمساعد الطبي في السودان، وكذلك هي متاحة لبعض الممرضات في بعض الأنظمة الصحية، وهي متاحة للعاملين في الطب التأهيلي (Physiotherapy).

حاولتُ بقدرٍ مناسب تزيين الكتاب بالاستشهاد بأقوال الحكماء والشعراء أصحاب الرؤية والنظر الثاقب؛ لكسر رتابة السرد العلمي، ولتأكيد أنّ العلم والأدب لا يستغني أحدهما عن الآخر، وقد تعود المتقدمون من جهابذة الأطباء في التراث الطبي العربي أن يجمّلوا تصانيفهم بالآيات القرآنية الكريمة، والأحاديث النبوية الشريفة، وجوامع الكلم، والحكم، والأمثال، والأخبار، والرقائق، والمأثور من الشواهد، والآداب. قرأت مرةً أن صحيفة (الإندبندت) البريطانية نشرت دراسة أجراها عالم نفس كندي تتناول الفروق بين الذين يقرؤون الأدب والذين لا يقرؤونه، وقد أثبتت نتائجها «أن قراء الأدب يمتلكون قدرات عالية على التكيف مع المشكلات الاجتماعية المعقدة، ويجيدون فنون التعامل مع طبائع النفس الإنسانية على تباينها. فالأدب يجهز قارئه نفسيًّا، ويقوم بتهيئته علميًّا على احتمال مفاجآت الحياة»[2]. فما أحرى الطبيب وما أحوجه إلى ذلك كله لإجادة مهنته!

إني لأرجو أن يكون ما كتبت علمًا نافعًا، وقولًا صادقًا، وعملاً أتقرّب به إلى الله، وأن يكون دافعي في تأليفه خالصًا لوجهه الكريم، وأن ينفع به العباد والبلاد، وإنّي لأرجو من قارئه أن يسامحني فيما أخطأت فيه، وأن يدعو لي في ما أصبت؛ لأنّ التقصير سمة من سمات البشر.

وما من كاتبٍ إلا سيَفنى ويُبقى الدهرُ ما كتبت يداه

فلا تكتب بكفّك غير شيء يسرّك في القيامة أن تراه

والحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات.

حسن بلّه محمد الأمين
الخُبر، المملكة العربية السعودية

الفصل الأول
الطبيب المتميز

بعض واضعي مناهج كليات الطب لا يستصحبون معاني الانتماء في الطب، فأصبح أطباؤنا يدرسون طبًّا لا يمارسونه، ويمارسون علومًا اجتماعية لم يدرسوها.

في اللغة تطلق كلمة (طب) على الحذق في الأشياء والمهارة فيها، وتطلق على معنى الإصلاح، يقال: طببته؛ أي أصلحته (زاد الميعاد)، وتطلق على اللطف والسياسة، كما كانت تطلق على الشعوذة والسحر، يقال: رجلٌ مطبوب؛ أي مسحور. وعرف داود الأنطاكي الطب بأنه (علم بأحوال بدن الإنسان يحفظ به حاصل الصحة ويسترد به زائلها)، والطب علمٌ وفن: علمٌ يتحصل بالدراسة النظرية والعملية، وفنٌ يتحصل بالممارسة والتجارب.

ولما تأملت في مفهوم الطبيب المتمكن من خلال خبرتي العملية طبيبًا ومعلّمًا، وفي ضوء المفهوم الأوسع للجودة والتميّز الأعمق في هذا الزمان، فقد أحصيت أكثر من عشرين مهارة ينبغي للطبيب أن يتقنها كي يوصف بأنه (طبيب متميز)، وكنت على وشك اختيار عنوان آخر أرى أنه أكثر جاذبية وهو (الطبيب خمس نجوم)، وذلك بحسبان أن رمزية الخمس نجوم تعني الجودة

الأعلى. ولا شك في أن من الأسباب التي دعتني إلى التفكير في هذا العنوان أنه قد يكون مثيرًا لاهتمام القارئ، طبيبًا كان أو غير ذلك، فإنني لم أضع هذا المؤلَّف للأطباء فقط، بل لكل من يستطيع قراءته، فمعرفة غير الأطباء خصائص الطبيب المتميز تفتح أعينهم على جودة الخدمة التي يجب أن تقدم إليهم، كما تطور تعاملهم مع الطبيب، وتبصرهم بحقوقهم في المطالبة بالطبيب المتمكن وبالخدمات التي يجب أن يقدمها. وبالرغم من ذلك فالأطباء أولى بمعرفة صفات (الطبيب المتميز) ومهاراته؛ حتى يسعوا إلى امتلاكها والاتصاف بها، ولهذا فالأطباء والعاملون في الحقل الصحي عمومًا معنيون بهذا الكتاب. وبالرغم من عدولنا عن اختيار (الطبيب خمس نجوم) عنوانًا للكتاب فلربما يلحظ القارئ أننا استخدمنا المصطلح في بعض فصول الكتاب.

والحق أني وقبل أن يقع اختياري على هذا العنوان كان يدور في خلدي - ومنذ فترة طويلة - عنوانان آخران يصلحان لهذا المؤلف، أولهما (الانتماء والتميز في الطب) (Relevance & Excellence in Medicine)، وقد كتبت في تسعينيات القرن الماضي ورقة بهذا العنوان للمشاركة بها في المؤتمر العلمي لمجلس اتحاد الجامعات العربية، وكان - ولا يزال- رأيي أن الطبيب المتمكن هو الطبيب الذي يمارس طبًّا منتميًا لمجتمعه وثقافته، والصفتان كلتاهما (الانتماء والتميز) تتطلبان القدرات والمهارات التي تجعل الطبيب متمكنًا، وسنأتي على تفصيل ما نقصد بالانتماء والتميز في الطب. والعنوان الآخر الذي فكرت فيه مأخوذ من عنوان لأحد كتّاب التراث الطبي العربي الأقدمين هو ابن كتبي، فقد عنون كتابه ما لا يسع الطبيب جهله، وفكرت في إحياء العنوان

بمتطلبات العصر، وخطر لي أن أضيف كلمة إلى العنوان تكمل المفهوم الذي أدعو إليه فيصبح العنوان (ما لا يسع الطبيب جهله أو تركه)؛ حتى يتوافق مع ما أردت أن أطرقه من رؤى ومفاهيم، ذلك أن العنوان الأصل يشير فقط إلى العلم والمعرفة اللازمة للطبيب، ولكن إطار الكتاب الذي نحن بصدده يتجاوز ذلك إلى أمور قد يكون الطبيب على علم بها ولكنه لا يمارسها؛ إما لقصور في تدريبه أو لإهماله تلك الجوانب لأي سبب، فكثير من الأطباء - مثلًا- لا يعطي المريض وقتًا كافيًا، أو لا يبذل جهدًا في توعيته والشرح له بدعوى ضيق وقته وكثرة المراجعين، الأمر الذي نرى أنه ينتقص من أداء الطبيب واجبه كاملًا، والأمثلة كثيرة على ذلك ربما نتعرض لبعضها في ثنايا الكتاب.

إن مفهوم الطبيب المتميز في نظرنا يقوم على جملة من الخصائص والقدرات والقيم، وأساتذة الطب اليوم يتحدثون عن (الطبيب العالم) (Physician Scientist)، ويقصدون بذلك الطبيب الشامل، وربما يركزون في هذا المصطلح على الطبيب الباحث الذي يستطيع أن يجري الأبحاث الطبية ويكتبها، ثم ينشرها وفقًا للقواعد العلمية المتعارف عليها. ولكن مفهوم الطبيب الشامل أوسع من مجرد المقدرة على إجراء البحوث بالرغم من أهميتها وكونها أصبحت متطلبًا للتوظيف أو الترقي في الوظيفة على أيامنا هذه. ويدور الحديث أيضًا عن أطباء الغد، وقد كتب أحدهم كتابًا قيمًا بهذا العنوان، يعرض فيه تحديات المعاصرة وإستراتيجية التغيير في التعليم الطبي وفي نوعية الطبيب.

وحين ندعو إلى الانتماء والتميز في الطب وفي عمل الطبيب فإننا ندعو المهتمين بأمر التعليم الطبي في بلادنا إلى أن يجعلوا دراسة الطب

منتسبة ومطابقة للزمان والمكان، فالانتماء لغة - كما يقول ابن منظور في لسان العرب - هو (الانتساب والقرابة، والنسب يكون للآباء ويكون للبلاد ويكون في الصناعة)، ومن معاني الانتماء، وهي المقابل لكلمة (Relevance) باللغة الانجليزية، (المطابقة والسداد)، وفي معنى السداد يقول ابن منظور: «السداد هو الاستقامة والصواب، تسديدك السهم؛ أي إصابة القصد به». إن واقع الحال في كثير من بلادنا يدل على أن واضعي مناهج كليات الطب لا يستصحبون معاني الانتماء في الطب، فأصبح أطباؤنا يدرسون طبًّا لا يمارسونه، ويمارسون علومًا اجتماعية لم يدرسوها، ذلك كله بدعوى عالمية الطب. وأذكر أنني امتُحِنت في حالة لمرض وراثي لا يحدث في بلدي، وما أكثر المتلازمات (syndromes) التي درسناها، وهي خاصة بأجناس بعينها وليس من المتوقع أن نصادف حالة منها طوال حياتنا المهنية، ولكننا أضعنا فيها أوقاتًا عزيزة كي نحصل على الشهادة الطبية.

هذا هو المقصود بالانتماء في الصناعة كما أشار ابن منظور. ولتحقيق الانتماء فلا بد من مواءمة التعليم الطبي مع الحاجة للقوى العاملة؛ حتى لا يحدث اختلال في التوازن بين عدد الخريجين من الأطباء والعدد المطلوب منهم لتغطية السكان (سوق العمل الصحي وكيفية إحداث التوازن فيه)، هذا إضافة لاعتبارات المشكلات الصحية القائمة. وهناك نسب متفق عليها لمعدل الأطباء لكل عدد محدد من السكان، وكثيرًا ما تضطرب هذه النسب والمعدلات، مما يؤدي إلى عدم العدل في الخدمة الصحية. ولكوبا تجربة ناجحة في ذلك، ففي العام 1976م نُقل تدريب الكوادر والموارد الصحية من وزارتي التعليم العام

والتعليم العالي إلى وزارة الصحة العامة، فصارت هذه الوزارة هي المنوطة بذلك. ومنذ ذلك الوقت، وبالرغم من أن المتطلبات الأكاديمية للشهادات ظلت مع وزارتي التعليم والتعليم العالي، إلا أن وزارة الصحة العامة هي التي تقرر القاعدة الأساسية للتدريب والجدارات (Competencies) وحدود مسؤولية الخريجين، وبمرور الوقت تمكنت وزارة الصحة العامة من إحداث الإصلاح المطلوب للمنهج الطبي[1]. وربما استطردنا في ما يأتي من فصول عن أهمية دور وزارات الصحة في التعليم الطبي والصحي، وعن الخلل الذي نتج في عدد من البلدان بسبب الفصام بين وزارات التعليم والصحة.

أما التميز فهو في اللغة (التفرد)، وهو المقابل لكلمة (Excellence) باللغة الإنجليزية، وتعني التفوق والبراعة والجودة. نقول: «فلان يفوق قومه؛ أي يعلوهم ويفضلهم، والجيد نقيض الرديء، وأجاد: أتى بالجيد من القول أو الفعل، ويقال: أجاد فلان في عمله». وقد صار مفهوم الجودة في أيامنا هذه علمًا يدرّس وأقسامًا تنشأ في الجامعات للتحقق من جودة المناهج والتدريس ومن ثم الخريج، ولا يقتصر هذا المفهوم والممارسة على الطب والأطباء، بل على كل عمل وتخصص. ومن هنا تنبع أهمية إدراك هذه المعاني والمفاهيم والتأمل فيها أساتذةً وطلبة وأطباء. ومما يؤسف عليه أن مظاهر عدم الانتماء والتميز في بلادنا ليست قليلة، فكان لزامًا علينا أن نتعرض إلى جانب منها حتى نتلافاها، فيكون تعلمنا من النجاح وليس بالتجربة والخطأ؛ لأن هذا النمط من التعليم مكلف، ولا سيما أن التعليم العام والعالي هو الوصفة الناجحة لإحداث التغيير الإيجابي، فإذا لم يكن تعليمنا منتميًا فسيخرّج لنا تابعين؛ أفكارهم

التي في رؤوسهم ليست لهم، وسلوكهم المهني في المستقبل تحقيق لنظرية ابن خلدون في (ولع المغلوب بالغالب). التعليم غير المنتمي يخرّج لنا نخبة وصفوة مجتثة عن جذورها وأهليها بكل سوءات الصفوية من الاستعلاء والتمايز الطبقي والعنصري والثقافي، وإن الجامعات التي لا يُعتنى فيها بمفهوم الانتماء والإحساس بمشكلات الجماعة يتحول الطلبة فيها - كما ذكر أحدهم - إلى فئة من ذوي الطموحات الصامتة التي تنتظر الفرصة السانحة للاستخلاف على المقاعد الوثيرة والمكانة الرفيعة، ونضيف إليها تحقيق (الأنا) والخلاص الفردي، وكلها نتاج المنهج الخفي (The Hidden Curriculum) والأجندة الشخصية لطالب الطب والطبيب وربما أسرته، وهذا ما سنتناوله حين نعرض إلى (المنهج الخفي) في دراسة الطب.

ونعني بالانتماء: التميز في الاستفادة من تاريخنا المضيء، لا للتغني به أو التباكي عليه، ولكن لننطلق منه ونبني عليه؛ لأن التعليم عند أجدادنا كان منتميًا ومتميزًا، ولأن الذين تميزوا في الحاضر انطلقوا من طروحاته الفريدة واقتبسوا من مفاهيمه الأصيلة، فليس غريبًا أن نرى قاعة باسم الرازي أو ابن سينا في الجامعات الغربية، فقد أسس هؤلاء الرجال الأفذاذ معاهد علمية عظيمة، ووضعوا النظريات التي ما زالت تحتفظ بقيمتها العلمية. إنني قلما بدأت محاضرة لطلبة الطب دون أن أجد ما أستفتح به من روائع هؤلاء. فحين يكون الموضوع عن الأدوية - مثلًا - أبدأ بمقولة الرازي: «مهما قدرت أن تعالج بالأغذية فلا تعالج بالأدوية، ومهما قدرت أن تعالج بدواء مفرد فلا تعالج بدواء مركب»، وحين يكون الموضوع عن طمأنة المريض أستشهد بالرازي أيضًا إذ

يقول: «ينبغي للطبيب أن يُمنّي المريض بالصحة، ويرجيه بها، وإن كان غير واثق بذلك؛ فمزاج الجسم تابع لأخلاق النفس»، وهذه إشارة واضحة إلى تعضيد جهاز المناعة لدى المريض فيما يسمى بلغة الطب اليوم (السايكوسوماتية) أو (النفس جسمية) إذا صح التعبير، ويُعَنوِن الطبيب المسلم أحمد بن محمد بن يحيى البلدي الذي عاش في القرن الثالث الهجري كتابه عن رعاية الطفل بعنوان يحمل بين دفتيه المفهوم الكامل لرعاية الأمومة والطفولة والذي ينسبه بعض الأطباء الغربيين إلى أنفسهم، وكتب البلدي كتابه قبل نحو الألف عام بعنوان كتاب **تدبير الحبالى والأطفال والصبيان، وحفظ صحتهم، ومداواة الأمراض العارضة لهم**، كأنما يقصد أن العناية بالطفل تبدأ برعايته في رحم أمه، ثم رضيعًا ثم صبيًّا، فالطفل بهذا المفهوم حين يولد يكون عمره تسعة أشهر، وقدم في عنوانه حفظ الصحة على مداواة المرض، ثم عرج في العنوان بعد ذلك إلى مداواة الأمراض العارضة، و يقصد بها الأمراض الشائعة. فما أروعه من تلخيص لمفهوم كبير! كان هؤلاء الأطباء الأساتذة الأجلاء موسوعات علمية حية، وقد تكامل عندهم علم الطب مع العلوم الاجتماعية وقيم المجتمع السامية؛ فكان الواحد منهم طبيبًا بارعًا وفقيهًا وأديبًا أريبًا.

إن الاحتفاء بهذه القامات السامقة في تاريخ الطب العربي الإسلامي لا بد من أن يكون بالاقتداء والاستفادة مما كتبوا لا سيما في المفاهيم والنظريات، «فالوفاء للأجداد لا يتمثل في الحفاظ على رفاتهم، ولكن في العمل على تبليغ رسالتهم وحمل شعلتها لتظل متقدة» كما يقول الفيلسوف الفرنسي المسلم روجيه جارودي.

الفصل الثاني
رسالة الطب لدى الطبيب المتمكن

الرؤية والرسالة والهدف للطب قديمًا وحديثًا: (حفظ الصحة إذا كانت موجودة، وردها إذا كانت مفقودة).

كان للطب والأطباء على مر العصور وكدِّ الدهور مكانة رفيعة، فالإسلام - مثلًا- يعد تعلم الطب والعلوم الطبية فرض كفاية. يقول الإمام الشافعي رحمه الله: «لا أعلم بعد الحلال والحرام علمًا أنبل من الطب»، ويقول آخر: «تعلم الطب وعلومه فرض كفاية، وهو تحصيل ما لا بد للناس منه وما يُحتاج إليه في قوام أمر الدنيا كالحساب والهندسة»، ويقول النووي: «الحاصل أن المسلمين اتفقوا على أن الاشتغال بالعلم لوجه الله - تعالى - أفضل من الاشتغال بنوافل الصوم والصلاة والتسبيح ونحو ذلك من نوافل عبادات البدن». وعن مكانة العاملين في الحقل الصحي يؤكد الشافعي هذه المكانة بقوله: «إنما العلم علمان: علم الدين، وعلم الدنيا، فأما الذي هو علم الدين فهو الفقه، والعلم الذي للدنيا هو علم الطب، فلا تسكنن بلدًا ليس فيه عالم يفتيك في أمر دينك ولا من ينبئك عن أمر بدنك». ويقولون: «صنفان لا غنى للناس عنهما: العلماء لأديانهم، والأطباء لأبدانهم». ويقول الرازي في فضل الأطباء: إنه «قد اجتمع

للأطباء خمس خصال لم تجتمع لغيرهم، الأولى: اتفاق أهل الملل والأديان على تفضيل صناعتهم، والثانية: اعتراف الملوك والسوقة بشدة الحاجة إليهم؛ إذ هم المفزع والغياث حين لا ينفع عدةٌ ولا عشيرة، والثالثة: مجاهدة ما غاب عن أبصارهم، والرابعة: اهتمامهم الدائم بإدخال السرور والراحة على غيرهم، والخامسة: الاسم المشتق من أسماء الله «الحكيم»[2]. والذي يلفت النظر ويدعو إلى الإعجاب من هذه الخصال قوله: «اهتمامهم بإدخال السرور والراحة على غيرهم»، وفي هذا تذكرةٌ للطبيب بأهم واجباته.

لقد لخص أحد الأطباء الأقدمين رؤية الطب ورسالته وهدفه في بضع كلمات: (حفظ الصحة إذا كانت موجودة، وردّها إذا كانت مفقودة)، وليت أساتذة الطب وواضعي المناهج استصحبوا هذا التعريف الجامع المانع. تأمل، أيها القارئ الكريم، أن هؤلاء الأطباء العلماء جميعهم قدموا حفظ الصحة على معالجة المرض، فلا يقولن قائل: «أنا طبيب معالج وأترك أمر الوقاية للمختصين فيها»، هذا قول مردود؛ لأن خير من يقدم الوقاية هو من يقدم العلاج. والأرجح أن يُستمع لنصحه أكثر ممن يقول أنا أقدم الوقاية فحسب. فالجراح الذي يستأصل خراجًا من الكبد أو غيرها بسبب الأميبا هو أفضل من يشارك في برامج الوقاية من الزحار الأميبى (الدوسنتاريا)، وكذلك الجراح الذي يجد عنتًا في إزالة كيس الداء العداري (Hydatid Cyst)، فهذا عليه أن يخصص جزءًا من وقته لتعليم زملائه والمجتمع عن الوقاية من هذا المرض؛ لأنه أعلم الناس به. وكذلك طبيب الأطفال الذي يقضي وقتًا طويلًا وثمينًا في محاولة إنقاذ طفل مصاب بجفاف قاتل نتيجة الإسهال، عليه ألا

ينتظر مثل هذه الحالات المتأخرة بالمستشفى، بل يخرج في المجتمع والإعلام ليبصر الناس بفوائد محاليل الإرواء بالفم، تلك التي تمنع حالات الإسهال من التطور للخطورة التي تودي بحياة أكثر من مليون طفل في العالم بهذه المشكلة الصحية في كل عام. ولعل هذا ينطبق على أهل التخصصات العلاجية كلهم، ولقد دعونا دومًا إلى أن يقوم الطبيب المختص في مرض معين بواجب الوقاية منه، حتى وإن استدعى ذلك الخروج من أسوار المستشفى إلى المجتمع؛ لأنه أعلم بالمرض من غيره، ويُتوقع أن يُستمع له ويُعمَل بنصائحه بين الناس.

وربما يقول قائل: وماذا ستكون مهمة الطب الوقائي؟ والإجابة بسيطة، وهي أن أصحاب هذا التخصص هم من يدرسون أبيدميولوجيا الأمراض وانتشارها على مستوى المجتمع أو القطر أو حتى على المستوى العالمي، إنهم من يجرون الأبحاث لقياس حجم المشكلات الصحية ووضع خطط الوقاية منها على مستوى الدول، ولا مانع من أن يتعاون العاملون في التخصصات الطبية المختلفة مع المختصين في الوقاية ليتكامل الجهد. وقد عشت تجارب عديدة في أكثر من دولة دعونا فيها أهل التخصصات الدقيقة إلى الخروج معنا للمجتمع، فلم تكن الاستجابة كبيرة في البداية، ولكن بعد إقناعهم بأهمية الخروج كانوا أكثر سعادة وهم في الحقل؛ إذ تبين لهم أهمية البعد الوقائي للمرض. وأذكر أننا أقنعنا اثنين من اختصاصيي العيون بالخروج معنا للعمل الحقلي في إحدى المناطق النائية بجنوب شرق بنغلاديش، وشهدت كيف أن هذين الاختصاصيين كانا في غاية السعادة والحيوية وهما يقدمان النصح لمجموعة كبيرة من سكان القرى في تلك المنطقة، بل إن أحدهم قال لي بأنه

نادم على كل يوم قضاه داخل قسمه بالمستشفى الجامعي دون أن يفكر في ما يضيفه الخروج للمجتمع لتخصصه، بل لتدبيره ومعالجته مرضاه داخل المستشفى، وشهد هذان الاختصاصيان كيف كنا نقوم بتدابير الوقاية لمشكلة الإسهال لدى الأطفال في تلك الأصقاع النائية، وعند عودتهما أقنعا العديد من زملائهما في تخصص طب الأطفال بالخروج معنا في حملاتنا تلك. إن خروج الطبيب - أيًّا كان تخصصه - للمجتمع يجعله يدرك أهمية النظرة الشمولية للطب، هذه النظرة الشمولية مبنية على أن صحة الناس قضية اجتماعية سياسية وليست قضية تقنية؛ لأن جلّ متطلبات الصحة الأساسية تقع خارج القطاع الصحي. ينص ميثاق أتوا لتعزيز الصحة على أن متطلبات الصحة هي[3]:

1. الأمن والسلام (Peace)
2. المسكن (Shelter)
3. التعليم (Education)
4. الطعام (Food)
5. الدخل (Income)
6. التوازن الأحيائي، أو النظام البيئي المستقر (Stable eco-system)
7. الموارد المستدامة (Sustainable resources)
8. العدالة الاجتماعية (Social justice & equity)

إن هذه المتطلبات الأساسية تتطلب حلولًا اجتماعية سياسية، فماذا يعنى ذلك بالنسبة إلى الطبيب؟ هل يدير لها ظهره؟ أم أن له دورًا ومسؤولية تجاه

مجتمعه فيما يتعلق بهذه المتطلبات؟ سنعود للإجابة عن هذه الأسئلة وغيرها في فصل المسؤولية المجتمعية للطبيب.

ولعل القارئ الكريم يلحظ أن الخدمات الصحية لم تذكر في هذه المتطلبات الأساسية. لقد صدر عن برنامج الخدمات الصحية الوطني ببريطانيا (National Health Serices) والمشهور بتقرير كورت (Court Report) تقرير شهير أعده البروفيسور دونالد كورت - أستاذ طب الأطفال بجامعة نيوكاسل، وكان لي شرف أن أكون أحد تلاميذه، وقد أورد الدكتور كورت في تقريره أنه وطيلة المئة عام التي سبقت كتابة التقرير فإن الطب العلاجي ومؤسساته لم تساهم بأكثر من عشرة بالمئة في تحسين صحة المواطن البريطاني[4]، ومن هنا بدأ التمايز في إعادة دراسة منهجية التعليم الطبي الموجه لتقديم الخدمة، والبحث عن طبيعة الممارسة والهدف منها ورسالتها.

إن رسالة الطب تقتضي أن يكون الطبيب شاملًا، يؤدي - بقدر المستطاع - كل ما تتطلبه مهنته من أعمال، وقد أدرك الأولون مغزى شمولية الطب، وهذا ما أورده الطبري في كتاب المعالجات، ويقول أحد الكتاب: «إن الطابع الشمولي كان ركيزة علماء العصر الذهبي في نهضتهم، فكانوا يراعون المبدأ الشمولي في علاجهم المرضى؛ فيعالجون جسد المريض وعقله وروحه، وطوروا الطب ارتكازًا على المبدأ الشمولي حتى وصلوا به إلى المعالي»[5]. ومؤخرًا فطنت منظمة الصحة العالمية للمبدأ الشمولي في الطب والصحة، فعدلت تعريفها الشهير للصحة ليشتمل على أبعاد الصحة جميعها، فجاء التعريف أن الصحة (ليست مجرد الخلو من المرض، وإنما هي حالة التكامل الجسدي والنفسي

والعقلي والاجتماعي والروحي)[6]. وفي تعقيد النفس البشرية والحاجة إلى سبر أغوارها يلخص الشاعر الحكيم ذلك كله:

دواؤك فيــك ومـا تشعر ... وداؤك منـك ولا تبـصـر

وتحسب أنك جرمٌ صغيرٌ ... وفيك انطوى العالم الأكبر

لكي يكون الطبيب شاملًا ـ مهما كان تخصصه الدقيق- فعليه أن يستوعب ويستصحب الأبعاد الكاملة لصحة الإنسان. وقد أحصى العلماء سبعة أبعاد[7]:

1. **البعد البدني (Physical)**: ويعني مقدرة الإنسان على القيام بمهماته وأعماله اليومية، وعلى تحقيق اللياقة البدنية، والمحافظة على حالة تغذوية جيدة، والبعد عن المؤثرات العقلية؛ كالمخدرات والكحول والتبغ. وتعني في العموم ممارسة نمط حياة إيجابي.
2. **البعد الاجتماعي (Social)**: ويعني القدرة على التفاعل الناجح مع الآخرين، وتكوين العلاقات الحميمة معهم، واحتمالهم، واحترام آرائهم ومعتقداتهم وإن كانت مختلفة عن آرائنا ومعتقداتنا .
3. **البعد العاطفي (Emotional)**: ويعني المقدرة على تجاوز الضغوط والتعبير الصحيح عن العواطف، كما تعني الاعتراف والقبول بعواطف الآخرين والمقدرة على قبول محدودية الإنسان.
4. **البعد الروحي (Spiritual)**: ويتضمن المعتقدات والسلوكات والقيم والأخلاقيات، وهذه كلها تعني الكثير للطبيب المتمكن عند تعامله مع المرضى بهذا البعد الذي يمكن أن يكون مفيدًا في تحمل المريض

وتقوية المناعة لديه، ويمكن للطبيب في مجتمعاتنا المسلمة أن يقرن أنواع المعالجات المختلفة مع المعالجة الروحية (ألا بذكر الله تطمئن القلوب).

5. **البعد المهني الوظيفي (Occupational)**: ويعني تحقيق التوازن بين العمل والترفيه، والاهتمام بالصحة والسلامة في مكان العمل.
6. **البعد الفكري (Intellectual) المرتبط بالصحة**: ويعني المقدرة على الحصول على المعلومات واستخدامها للتطوير الذاتي والأسري والوظيفي، والسعي الحثيث إلى تعلم ما يفيد في مواجهة التحديات الحياتية.
7. **البعد البيئي (Environmental)**: لبناء المقدرة على تقوية التدابير التي تعزز: مستوى المعيشة، ونوعية المسكن، والإصحاح، وتغيرات الطقس، وتلوث الهواء والماء والطعام.

الفصل الثالث
الطبيب وأخلاقيات المهنة

«إن التفوق العلمي قليل الجدوى إذا ما جرد من الأخلاق والقيم».

من محضر أول جلسة لمجلس كلية الخرطوم الجامعية، نوفمبر 1951م.

كثيرًا ما يتحدث الناس عن الطب والأطباء والعاملين في المجال الصحي على أنهم ملائكة رحمة ورسل إنسانية، ولا شك في أن هذا الوسم صحيح إذا التزم الأطباء بالخلق الطبي القويم، وكانوا مثالًا للنبل والإنسانية المرتبطة بالمهنة، ولكننا - ونحن في القرن الواحد والعشرين، قرن الحرية وحقوق الإنسان- نسمع عن أطباء استخدموا في عمليات التعذيب، وشاركوا في جرائم ضد الإنسانية، والأمثلة على ذلك ليست بالقليلة، فزعيم صرب البوسنة في حرب البوسنة كان طبيبًا، ويقال إن أطباء قاموا بعمليات التعذيب في سجن غوانتنامو بكوبا، ونسمع عن أطباء في المنظمات العالمية والخيرية يقدمون الأدوية منتهية الصلاحية لمرضاهم، وآخرون يدسون السلاح مع الدواء، وآخرون جواسيس يزرعون الفتنة في البلاد التي يعملون فيها بدعوى العمل الإنساني، إلى آخر هذه النماذج غير الجيدة.

وفي بعض البلاد تحولت المهنة الإنسانية النبيلة إلى ما يشبه التجارة، وأصبحت لدى بعضهم الآلة التي تضخ المال وتستثمر في أمراض الناس وأوجاعهم، وقد وصف البروفيسور المتنور ديك جيليف هذه الممارسة بأنها تحويل الطب إلى تجارة (Commercialization of Medicine)، ووصفها القس الكاثوليكي الشهير بنقده الممارسات غير الأخلاقية في الطب - إيفان إليش - بأنها تحويل الحياة إلى طب وتطبيب (Medicalization of life)، ويظهر أن عدم التزام الأخلاقيات ليس ممارسة مرتبطة بعصرنا؛ لأن الأطباء بشر في الأزمان والعصور كلها.

يحدثنا محقق كتاب **الحاوي في الطب** للرازي في ترجمته له عن سبب اتجاه الرازي إلى ميدان الطب أنه كان مهتمًّا بأحوال الفقراء وعلاجهم، وكان يمقت جشع الأطباء ومعاملتهم لمرضاهم؛ فاتجه إلى الطب[8]. وانتقد ابن كتبي (من أطباء بدايات عصر تخلف الحضارة العربية) في كتابه **ما لا يسع الطبيب جهله** بعض أطباء زمانه «الجهلاء الذين دأبهم ارتداء الملابس الفاخرة، وملازمة الأمراء والنبلاء، وحضور الولائم، وهم غافلون عن قوانين الصنعة، ويجهلون أحكامها، ولا يتابعون تطورها بالدرس والملاحظة والالتزام»[9].

ويقول الكاتب: «كان الرازي من أوائل الذين اندفعوا بشدة في احتقارالأطباء الذين يتخذون مهنتهم طريقًا لابتزاز أموال الناس بوسيلة غير شريفة، كما أنه حذر من الدجالين والمشعوذين؛ الذين يتظاهرون بصنعة الطب بغية اكتساب المال وهم لا يعرفون من الطب شيئًا، فيسيئون إلى المريض إساءة بالغة بدل شفائه». إن الأخلاقيات القويمة للطبيب تتطلب أن يهتم

بالفقراء والمساكين، وبالدعوة إلى سياسات صحية عادلة وخدمات تصل الذين يتعذر الوصول إليهم، وتعلم الذين يصعب تعليمهم، وتقيم وزنًا لمن لا وزن لهم؛ أعني الفقراء والمهمشين. ولا شك في أن النظام الصحي يعكس الأحوال والسياسات الاجتماعية والاقتصادية لأي دولة، فالصين - مثلًا - ابتكرت فئة الأطباء الحفاة في العام 1965م، وهم في الأصل عمال أو مزارعون بسطاء تلقوا تدريبًا محدودًا على تقديم بعض الخدمات الصحية والإسعافية في المناطق النائية، فأدى ذلك إلى وصول الخدمة الصحية إلى ثمانمئة مليون من سكان الريف (80% من سكان الصين). وقد أدى ذلك، مع تحسين الغذاء والمسكن والإصحاح البيئي والحالة الاجتماعية، إلى ما وصف بأنه تحسن دراماتيكي في الحالة الصحية لسكان الريف الصيني حسب ما ورد في تقارير منظمة الصحة العالمية، ولكن حين تغيرت السياسات في الصين إلى اقتصاد السوق ومن شعار (خدمة الناس) (serve the people) إلى شعار (الغنى طريق المجد) (To be rich is Glorious) اندثر الطبيب الحافي، واندثرت معه عدالة الخدمات وشعار الصحة للجميع.

على كليات الطب في بلادنا أن تخرج الأطباء الحفاة، وأن تغرس القيم والمثل العليا لخدمة الناس لدى طلبتها لا التوقعات. ولا بد من أن تتغير الأجندة الخفية لدراسة الطب والتي لخصها طبيب في إحدى البلاد العربية في العينات الخمسة: عيادة، وعروسة، وعربية، وعزبة، وعمارة. وعلى كليات الطب أن تخصص وقتًا أطول لتدريس أخلاقيات المهنة وضوابطها. نريد من أطبائنا أن يتذكروا على الدوام ويستصحبوا القسم الذي أقسموه بعد تخرجهم؛ لأن ذلك

يشكل الضمانة القوية لالتزام أخلاقيات المهنة. ولفائدة القارئ الطبيب وغير الطبيب نورد نص قسم يمين شرف المهنة الذي يشكل المادة الأولى من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية المتفق عليه في المؤتمر العام لاتحاد الأطباء العرب في العام 2005م.

«أقسم بالله العظيم أن أؤدي عملي بالأمانة والصدق والشرف، وأن أحافظ على سر المهنة، وأن أحترم تقاليدها، وأن أراقب الله في مهنتي، وأن أصون حياة الإنسان في أطوارها كافة وتحت الظروف والأحوال كلها، باذلًا ما في وسعي لاستنقاذها من: الهلاك، والمرض، والألم، والقلق، وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم، وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلًا رعايتي للقريب والبعيد، وللصالح والطالح، وللصديق والعدو، وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الناس لا لضررهم، وأن أوقّر من علّمني، وأن أكون أخًا لكل زميل في المهنة»[10].

لقد احتوى ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية مئة وخمسًا وثلاثين مادة؛ كلها تحض الطبيب على واجباته تجاه مهنته والمرضى والمجتمع، وكيفية التصرف في بعض ما يصادف الطبيب من إشكالات، وهي تبصر الطبيب بحقوقه وبالمحظورات، وحبذا لو أن كل طبيب جعل هذا المرجع في مكان ممارسته واطلع عليه من وقت لآخر. يمكن الحصول على هذا الميثاق بالكامل في الشبكة العنكبوتية باستخدام عنوان (الميثاق) ككلمة بحث. وفي البلاد المتقدمة يطّلع المرضى وعامة الناس على مثل هذه المواثيق؛ ليتعرفوا حقوقهم وحقوق الطبيب، وذلك كله يساعد الجميع على الالتزام بأخلاقيات المهنة.

ولعله من المناسب أن نسلط الضوء على بعض المبادئ العامة المتفق عليها عالميًّا، ففي الدول الغربية اليوم يعد الأمريكي بيوشامب (Beauchamp) واضع المبادئ الأخلاقية للسلوك الطبي بعد أبقراط، وقد تضمن مفهوم بيوشامب مبادئ أربعة هي[11]:

1. **ضمان احترام ذاتية المريض واستقلاليته (Patient autonomy)**: ويعني أن حق الاختيار والقرار يكون للمريض.
2. **الإحسان (Beneficience)**: ويعنى عمل ما فيه الخير للمريض.
3. **عدم الإضرار (Non – Malificience)**: ويعني منع القتل والبغي وتسبيب الألم أو الحرمان من السعادة.
4. العدل بين الناس والمرضى (Equity).

وإذا تأمل القارئ الكريم هذه المبادئ يجد أنها جمعت في آية واحدة من القرآن: ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُ بِٱلۡعَدۡلِ وَٱلۡإِحۡسَٰنِ وَإِيتَآيِٕ ذِي ٱلۡقُرۡبَىٰ وَيَنۡهَىٰ عَنِ ٱلۡفَحۡشَآءِ وَٱلۡمُنكَرِ وَٱلۡبَغۡيِۚ﴾ [النحل: 4].

يقول محقق كتاب **أخلاق الطبيب** للرازي أنه لم يغفل التأكيد على ضرورة الأخلاق، ويستطرد: «تأمل – مثلًا – الطبيب وقد تجرد من الأخلاق الكريمة، إنه يصبح سفاحًا للدماء فضاحًا للأعراض». ورد في محضر أول جلسة لمجلس كلية الخرطوم الجامعية في نوفمبر 1951: «إن التفوق العلمي قليل الجدوى إذا ما جرد من الأخلاق والقيم؛ ولذا وجب على الأساتذة أن يوجهوا عناية خاصة نحو الاهتمام بشخصية الطالب، وثقافته المستمدة من فهم صحيح لمسؤولياته،

في جو يسوده العلم والعمل والوعي الاجتماعي الصحيح». أما الرازي فيقول في **أخلاق الطبيب**: «واعلم أن التواضع في هذه الصناعة زينةٌ وجمال دون ضعة النفس، لكن يتواضع بحسن اللفظ وجيد الكلام ولينه وترك الفظاظة والغلظة على الناس، واعلم يا بني أن من المتطببين من يتكبر على الناس، لا سيما إذا اختصه ملكٌ أو رئيس. وقد قال الحكيم جالينوس: رأيت من المتطببين من إذا داخل الملوك فبسطوه تكبر على العامة، وحرمهم العلاج، وغلظ لهم القول، وبسر في وجوههم، فذلك المحروم المنقوص». وفي نهي الطبيب عن العُجب يقول: «ورأيت من المتطببين من إذا عالج مريضًا شديد المرض فبرأ على يديه دخله عند ذلك العُجب، وكان كلامه كلام الجبارين، فإذا كان كذلك فلا كان، ولا وفق ولا سدد»[12]. ما أصدق الرازي في ما قال! وإنا لنشهد أمثلة من الأطباء كما قال، ولكن تظل حكمته باقية وتوجيهه حكيمًا إلى يومنا هذا.

ولا يتسع المجال في هذا الكتاب لتناول ما يتعلق بأخلاقيات المهنة كله، ولكن الرسالة أن الطبيب المتميز هو الطبيب الذي يحرص على الالتزام الكامل بأخلاقيات المهنة، وإننا نتعلم هذه الأخلاقيات لكي نعرف كيف نتعامل مع الإنسان مريضًا وميتًا، وحتى عند التعامل مع الحيوانات المخبرية، ولكي نتجنب المساءلة أمام الله والمؤسسة التي نعمل بها وأمام الجهات القانونية، والأهم من ذلك كله لكي نقدم خدمة صحية ذات جودة عاليه تجسد الإتقان والإحسان وانتظار الثواب من الله.

الأخطاء الطبية

مما يدخل في باب أخلاقيات المهنة الأخطاء الطبية. تزهق هذه الأخطاء سنويًّا أرواحًا أكثر مما تزهق حوادث الطيران وما يسمى الهجمات الإرهابية والجرع الزائدة من الأدوية الخطرة، وتظل هذه الوفيات كابوسًا لا يفارق مرتكبيها. يقول أحد العاملين في مركز جونز هوبكنز الطبي: «إن الطبيب الممارس في أثناء فترة عمله إما أن يقع في خطأ يضر بالمريض، أو أنه يشارك في رعاية مريض تضرر من خطأ طبي».

بينت نتائج دراسة أجريت في العام 2009م أن ثلثي مقدمي الخدمة الطبية أصيبوا بالحزن العميق أو ضعف التركيز بعد إحداث الضرر لمريض، وأصيب أكثر من نصف المشاركين في الدراسة بالاكتئاب واضطرابات النوم، بل إن بعضهم فكر في الانتحار، وهناك من أزهق روحه بالفعل بسبب خطأ طبي أدى إلى وفاة مريضه. حين يقع كثير من الأطباء في الخطأ الطبي لا يدرون ما يفعلون، ولعل سبب ذلك خلو المناهج في كليات الطب من أي تدريب عن التعامل مع الأخطاء الطبية، وربما كان ذلك سببًا في عدم الاعتراف بالخطأ الذى قد يكلف الطبيب وظيفته.

ربما لا ترقى الأخطاء الطبية إلى مسألة ملحة في بلاد مثل أمريكا، ولكنها - بالقطع - ترقى إلى قضية كبيرة في بلادنا؛ ذلك أنه وبالرغم من كثرة هذه الأخطاء فالاتجاه السائد هو السكوت عنها، ولكن في السنوات الأخيرة كثف الإعلام حملاته - بحق وبغير حق - في تسليط الضوء على الأخطاء الطبية،

وربما تضخيمها واستغلال ما تحدثه من إثارة صحفية. وبالنظر إلى هذا فقد مضى زمن السكوت عن الأخطاء الطبية، وعلى الأطباء أخذ ذلك في الحسبان. في بلدٍ مثل الولايات المتحدة تختلف رؤية الجمهور عن رؤية الأطباء في التعامل مع الأخطاء، فمعظم الناس هناك يرون أن رفع التقارير عن الأخطاء الطبية وتسليط الضوء عليها في أجهزة الإعلام يساعد على خفضها أو الوقاية منها، ويرى الجمهور في الولايات المتحدة أنه يجب النظر إلى الأخطاء الطبية بوصفها نتيجة لفشل المؤسسات الصحية وليس فقط فشل الأفراد.

أكدت دراسات كثيرة على أهمية تدريب الأطباء على استراتجيات التعامل مع الأخطاء الطبية وآثارها على المرضى والأطباء، ويجب على القائمين على برامج تدريب الأطباء المقيمين إدراك الأهمية المهنية والشخصية للأخطاء الطبية لا سيما لدى الأطباء حديثي التجربة، وعلى هؤلاء تطوير مهارات التعامل مع الأخطاء، وذلك بتسهيل النقاش الصريح والشفاف لهذه الأخطاء والتعلم منها وعدم تكرارها.

عرّف نظام ممارسة المهن الصحية الخطأ الطبي بأنه ما ينتج عن إجراء طبي غير متعارف عليه ولا توجد له أسس علمية، مثل: تجربة دواء غير مرخص، أو عملية جراحية غير متعارف عليها، أو الإهمال سواءٌ من الطبيب أو من أعضاء الجهاز الفني أو الإداري، أو إهمال في الكشف على مريض. (مرجع) ومن أمثلة الخطأ الإداري النقص في الكوادر العاملة أو ضعف كفاءتها. ويمكن أيضًا أن تحدث الأخطاء الطبية نتيجة نقص في الأجهزة والمستلزمات الطبية المهمة أو خلل في صيانتها.

وهناك تعريفات أخرى للخطأ الطبي، منها: الخطأ المادي؛ وهو الخطأ الخارج عن مهنة الطب، فيقع فيه الطبيب وهو يزاول مهنته دون أن يتعلق بالمهنة. ومنها كذلك الإخلال بالقواعد العامة التي تحكم سلوك الأفراد، وأنه لا يخضع للخلافات الطبية ولا بالأصول العلاجية.

من أمثلة الخطأ الطبي المادي:

1. أن يجري الطبيب جراحة وهو في حالة سكر.
2. أن يترك الطبيب بعض الأدوات في جسم المريض.
3. أن يجري الطبيب العملية على العضو غير الصحيح.
4. ألا يحضر الطبيب بالرغم من استدعاء المستشفى إياه.
5. أن يحرر الطبيب وصفة طبية غير مقروءة.

وهناك الخطأ المهني (الفني)، وهو انحراف الطبيب عن الأصول التي تحكم المهنة، ويتعلق بمخالفة أصول المهنة وقواعدها. ومن أمثلة الخطأ المهني:

1. أن يصف الطبيب دواءً غير مناسب لحالة المريض.
2. أن يغفل الطبيب استدعاء طبيب مختص؛ لعدم تقديره خطورة حالة المريض.
3. عدم طلب الطبيب إلى المريض إجراء التحاليل اللازمة قبل إجراء العملية.
4. أن يطبق الطبيب وسيلة علاج جديدة لم يسبق تجربتها.

5. أن يجري الطبيب البحوث العلمية غير المعتمدة على المريض.
6. أن يستعمل الطبيب أجهزة ليس له دراية كافية باستخدامها.
7. أن يقصر الطبيب في الرقابة والإشراف على مساعديه.

تعرف المادة (28) الخطأ الطبي في النظام السعودي بأنه: (كل خطأ مهني صدر عن الطبيب أو أحد مساعديه وترتب عليه ضرر للمريض يلتزم من ارتكبه بالتعويض، وتحدد اللجنة الطبية الشرعية مقدار التعويض). لا يسأل الطبيب عن أخطاء التشخيص إلا إذا كانت أخطاء جسيمة إذا اجتهد - وهو مؤهل للاجتهاد - وأخطأ في اجتهاده لتشابه الأعراض والعلامات، ولكنه يسأل إذا كان الخطأ لعدم استعمال الوسائل العلمية مثل الأشعة والفحوص المخبرية، أو ينطوي الخطأ على جهل مطبق بالعلوم الطبية. أما الخطأ في وصف العلاج فعلى الطبيب التزام مراعاة الأصول في وصفه العلاج. ويسأل الطبيب أيضًا إذا أعطى جرعة أكبر مما ينبغي للمريض أن يتناولها، أو إذا باشر الطبيب العلاج بإهمال أو لامبالاة، أو دون اتباع الأصول الطبية السليمة المتعارف عليها.

ينبغي الإشارة هنا إلى أن الخطأ الطبي - بأنواعه كلها - يحدث حتى في أكثر البلاد تقدمًا في مجال الطب. نشرت مجلة نيوإنجلاند الطبية في أول تسعينيات القرن الماضي دراسة عن حدوث الأخطاء الطبية عرفت بدراسة (هارفارد للممارسة الطبية)، أورد تفاصيلها الصافي إذ يقول: «حددت الدراسة نسبة الإصابات الطبية الناتجة عن الرعاية الطبية، والنسبة الناتجة عن الإهمال الطبي والرعاية الطبية المتدنية، إذ راجعت الدراسة (30) ألف حالة في (51) مستشفى في نيويورك في العام 1984م، واتضح أن نسبة الأفعال

الضارة كانت (3,7%) من جملة المرضى المنومين في المستشفى، وأن (27,6%) من النسبة المذكورة كانت نتيجة الإهمال، وأن (70,5%) من هذه النسبة نتجت عنها إعاقات مؤقتة، بينما (2,6%) إعاقات دائمة، و(13,6%) أدت إلى الوفاة». ويستطرد المصدر: «إن من بين مليونين وسبعمئة مريض – تقريبًا – أدخلوا مستشفيات نيويورك في عام (1984م) كان هناك نحو (97) ألف حالة خطأ طبي، من بينها (37) ألف حالة إهمال، وأن عدد الوفيات التي نتجت عن الإصابات الطبية فاقت كل أنواع الإصابات الأخرى مجتمعة» (مرجع الصافي ص415).

يحدث ذلك كله في بلد تعد فيها الرعاية الطبية – بما أتيح فيها من إمكانات – هي الأفضل بين الدول من ناحية الجودة والتقنيات، وأرجو ألا يقلل ما أوردناه عن مستشفيات نيويورك من تداعيات الأخطاء الطبية لدى أطبائنا، أو أن يصبح التفكير بعقلية (إذا كان هذا هو الحال في أكثر الدول تقدمًا فنحن معذورون فيما يحدث عندنا من أخطاء طبية)، فالطبيب في تلك البلاد يدفع تأمينًا ضخمًا لتجنب العقاب، وربما يقلل ذلك من شعوره بالذنب، ولكن الحال ليست هكذا لدى أطبائنا؛ فالخطأ – طبيًّا كان أم غيره – تتم المساءلة عنه في الدنيا والآخرة، لا سيما وأن ذوي المرضى – غالبًا – ما يُرجعون الأمر كله إلى القضاء والقدر.

من الأخطاء الطبية ما يكون نتيجة جهل أو إهمال، ومثل هذه الأخطاء تتطلب المحاسبة التي لا يكتفى فيها بالتوبيخ، بل تبذل فيها أنواع العقوبات كلها، ويجب أن يتم ذلك بعيدًا عن الإثارة الإعلامية وتأثيرها السلبي. ويجب

على الإعلام التحقق من المعلومات قبل نشر أخبار عن الأطباء، فنقد العاملين في المجال الصحي بغير حق فيه رجمٌ بالغيب، ويؤثر سلبًا في أداء الأطباء، بل يحدث أزمة ثقة بينهم وبين مرضاهم.

ينبغي للمؤسسات جميعها التي تقدم الخدمة الصحية إجراء مراجعة علمية للأخطاء الطبية التي يقع فيها منسوبوها، ونقاش أسبابها وطرق منعها، وتتحمل هذه المؤسسات بعضًا من المسؤولية عن هذه الأخطاء، فربما يكون الخطأ بسبب نقص في المعدات ووسائل التشخيص، أو في أنظمة المستشفى، أو في قلة تدريب العاملين. أما المؤسسات التعليمية فعلى القائمين عليها إدراج الأخطاء الطبية في مقرراتها، وإعطائها حيزًا، ليس فقط في مقرر أخلاقيات المهنة، بل في التدريب السريري وورش العمل، علمًا أن الأخطاء الطبية تضعف ثقة المرضى والمراجعين في المؤسسات الصحية؛ كما أثبتت الدراسات.

الفصل الرابع
مسؤولية الطبيب المهنية

«إن الطبيب الجيد يعالج المرض، ولكن الطبيب المتمكن يعالج الإنسان المريض».

السير وليام أوزلر

نتطرق في هذا الفصل والذي يليه إلى المسؤولية المهنية والمجتمعية للطبيب؛ لأن مفهوم المهنية يجسد العلاقة بين مهنة الطب والمجتمع، وهي أساس الثقة بين المريض والطبيب. وكثيرًا ما يُسمع الأطباء وغيرهم يتحدثون عن (المهنية) أو (الممارسة المهنية) (professionalism)، ويكثرون الحديث في هذا، فما المقصود بالمهنية في الطب؟ وما هو تعريفها؟

حين يوصف أحدٌ بأنه يؤدي عمله بمهنية فإن ذلك يعني أنه ملتزم ومتمكن وحسن التدريب، فالذي يمارس بمهنية يعد خبيرًا يمتلك قدرًا كافيًا من العلم يوجهه لخدمة الناس. سيجد من يبحث في مصطلح (المهنية في الطب) معاني وتعريفات متعددة، ولعلنا نبدأ من المعنى اللغوي لكلمة المهنية، فهي تشير إلى احتراف مهنة ما؛ ولذا يطلق بعض الناس على المهنية مرادف الاحترافية،

وبالرجوع إلى لسان العرب لابن منظور وجدت أكثر من معنى للمفردة، فماذا يقول ابن منظور عن المهنية والمهنيين؟[13]

يقول ابن منظور إن المهنية: «هي الحذق بالخدمة والعمل ونحوه، ومهنهم يمهنهم؛ أي خدمهم، والماهن: العبد». ويقول الأصمعي: «المَهنة (بفتح الميم): هي الخدمة، وأَمَةٌ حسنةُ المَهنة؛ أي الحلب (بفتح الميم)، ويقال: (خرقاء لا تحسن المهنة)؛ أي لا تحسن الخدمة، وامتهنت الشيء: ابتذلته، ويقال: (هو في مهنة أهله)؛ أي خدمتهم». يقول ابن منظور: «قال أبو زيد العتريفي: «إذا عجز الرجل قلنا هو يطلغ المهنة، قال: والطلغان أن يعيا الرجل ثم يعمل على الإعياء»». ولعمري فإن هذا المعنى اللغوي للمهنية كما أورده ابن منظور يمثل عمق ما نرمي إليه من تعريف المهنية، وهو خدمة الناس بالحذق، كما سنرى.

وقبل أن نتعمق في المقصود بمصطلح المهنية ونخوض في ما قال به أهل الاختصاص الآخرون نقول: إن المهنية يجب أن تعني للطبيب ـ ولا سيما في منطقتنا وتراثنا ـ اتباع أو التزام الأصول في كل ما يتعلق بالممارسة الطبية، سواء أكان ذلك تجويد الأداء أو الصلة مع المريض والمجتمع والزملاء، وأساس هذا التجويد الإتقان في أعمال الطبيب كلها. فالمهنية عندي تعني الإتقان، وإن شئت (الإحسان)، الذي ينفذ إلى خلاصة معنى المهنية كما جاء في الحديث على لسان سيدنا جبريل عليه السلام: «أن تعبد الله كأنك تراه، فإن لم تكن تراه فإنه يراك». والمقصود هنا - كما يقول أهل العلم ـ العمل أيًّا كان جنسه، فإن مراقبة الله في العمل، لا سيّما العمل الطبي، تجعل الطبيب يتعامل مع الله - سبحانه وتعالى - وليس فقط مع المريض أو المراجع أو المجتمع، ولا شك في أن ذلك أكبر حافز يجعل الطبيب - بل العاملين كلهم - يتقنون ما

يقومون به من عمل، فالنظر هنا إلى ثواب الله - عزّ وجل - أو عقابه عند التعامل مع الآخرين، وليس إلى العائد المادي والمعنوي أو الخوف من الوقوع تحت طائلة المساءلة المهنية والقانونية الدنيوية. ولا شك في أن الإحسان بمعنى الإتقان يقع في عمق دائرة المعتقد، فالدائرة الخارجية هي الإسلام، وداخلها الإيمان، وداخل الإيمان الإحسان، وهي درجة رفيعة على صاحب العقيدة السعي إلى تحقيقها، وقد جاء الهدي بذلك صريحًا في الحديث النبوي الشريف: «إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه»*. وخلاصة القول هنا إن على الطبيب، إذا أراد أن يؤدي عمله بمهنية، أن يتعامل أولًا مع الله، ثم ثانيًا مع الناس؛ أي أن يقدم العلاقة الرأسية على العلاقة الأفقية، وتقديم العلاقة الرأسية يضمن لنا علاقة أفقية أخلاقية مع الناس؛ لأن العلاقة الأفقية الأخلاقية مبنية على العدل والإنسانية، فالمشتغلون بذواتهم ومصالحهم ربما لا تعجبهم هذه العلاقة، ونشير هنا إلى من يحيلون مهنة الطب النبيلة في عصرنا إلى تجارة. ولعل الجنيد ـ شيخ الصوفية وأحد أئمة المسلمين ـ ذهب إلى هذا المعنى حين قال: «ظللت أعامل الله ثلاثين عامًا وظن الناس أني أعاملهم»؛ أي منهم من يرضى على الشيخ ومنهم من يحنق عليه، كلٌّ حسب مصلحته وأهوائه، وقبوله أو عدم قبوله الحق والعدل، ولعل إشارته إلى (ثلاثين عامًا) إشارة إلى الفترة التي تصوف فيها.

تعددت في عصرنا الحاضر تعريفات المهنية في الطب، ورغم أن المفردة ترد في مناهج أغلب كليات الطب، إلا أنه يصعب تفسيرها بتعريف محدد؛

* أخرجه أبو يعلى (رقم4386) وحسنه الألباني في صحيح الجامع (رقم1880).

ذلك أنها تحمل دلالات عديدة ومعاني ضمنية، ولكن الذي لا شك فيه أن مهنة الطب - وهي مسعى أخلاقي نبيل - تتطلب: التمكن، والنزاهة، والمثل الأخلاقية العليا. فحين يترك المرضى عيادة الطبيب لا يتذكرون أو يذكرون ما قام به من فحص جيد فحسب، بل يذكرون أكثر أنه كان حميميًّا في تعامله معهم، أو أنه كان ينصت باهتمام؛ ولذا يدخل ذلك كله في تعريف المهنية.

يتصف المهني بنكران الذات والاهتمام بكل ما يتعلق بمهنته، كما يسعى إلى نشر ثقافة المهنية وأخلاقياتها. وثمة إجادات (كفاءات) ست يجب أن يتقنها المهني: التمكن في العلم النظري، والقدرة على حل المشكلات، والقدرة على ترجمة العلم النظري إلى ممارسة، والقدرة على امتلاك المعرفة وإنتاجها، والحماسة والالتزام لمن يخدمهم، والحرص على التعلم المستمر في مجال مهنته.

قام مشروع المهنية الأمريكي على متطلبات عشرة[14]:

1. التمكن.
2. الأمانة مع المرضى والآخرين.
3. الحفاظ على سرية معلومات المريض.
4. العلاقة الممتدة مع المرضى.
5. تحسين جودة الخدمة الصحية.
6. السعي إلى جعل الخدمة الصحية متاحة بعدالة للجميع.
7. التوزيع العادل للموارد الصحية المحدودة.
8. المعرفة العلمية.

9. إدارة تضارب المصالح.
10. أداء المسؤوليات المهنية.

ويقع في عمق المهنية: الإيثار، والمحاسبية، والتميز، وأداء الواجب، والشرف، وتكامل الشخصية، والالتزام بالتعلم مدى الحياة. ويناقض المهنية: سوء استخدام السلطة، والتمييز، وإفشاء الأسرار، والتعنت، والطمع، وتضارب المصالح، وعدم التركيز.

في كلمة بليغة للسير وليام أوزلر يقول[15]: «إن الطبيب الجيد يعالج المرض، ولكن الطبيب المتمكن يعالج الإنسان المريض»، ولعل النص الإنجليزي أبلغ، ونورده هنا لكي يفيد منه من يريد ذلك:

(The Good Physician Treats The Disease, The Great Physician Treats The Patient Who Has The Disease.)

ويؤكد المعنى الذي ذهب إليه السير وليام أوزلر ما ورد على لسان مجموعة عمل المهنية في الطب، والمنبثقة من الكلية الملكية للأطباء في بريطانيا؛ إذ تؤكد هذه المجموعة على أن المهنية في الطب تدور معانيها حول الطبيب المتمكن، وأن القيم التي يحتضنها الطبيب هي التي تشكل توقعات المرضى منه[16]. وتعرف هذه المجموعة المهنية في الطب بأنها منظومة القيم والسلوك والعلاقات التي تحكم ثقة الناس في الأطباء.

وتذهب مجموعة الكلية الملكية البريطانية للأطباء إلى أن الوضع المهني للطبيب قد يتغير بتغير القيم والسلوك والعلاقات بين الطبيب والناس، وهذا ما

يحتاج منا إلى استطراد؛ لأنه من أسباب انحسار المهنية في الطب في زماننا هذا، وهناك اتفاق بين المهتمين بموضوع المهنية في الطب على أن الأوضاع السياسية والثقافية المرتبطة بالصحة قد تعيق الممارسة المهنية للطب؛ ولذا فإن ظروف الممارسة تشكل مستقبل المهنية، وكذلك سلوك الإداريين الذين هم في عداد أعضاء الفريق الصحي.

وتؤكد هذه المجموعة ما ذهبنا إليه في الفصل الأول من الكتاب، وهو أن ممارسة الطب تحتاج إلى قدرات عالية في تقدير الأشياء، وهو ذات المعنى الذي فصلنا فيه من تسمية الطبيب بالحكيم؛ لأن عمل الطبيب يستدعي الحكمة بجانب المقدرات التقنية الأخرى. ويحدد المجلس الطبي البريطاني (GMC) واجبات الطبيب، وأن ممارسته تلبي المعايير المتوقعة منه في مجالات أربعة [17]:

1. على الطبيب أن يجعل رعاية المريض همه الأول، وأن يقدم مستوى عاليًا من الرعاية، ويكون ذلك بالمحافظة على تجديد المعلومات المهنية وتحديث المهارات، وأن يعرف حدود عمله وتمكنه.
2. السلامة والجودة، وتعني أن يتصرف الطبيب بفورية إذا رأى أن سلامة مريضه أو كرامته مهددة، وأن يحمي صحة مرضاه وعامة الناس ويعززها.
3. الشراكة والعمل كفريق.
4. معاملة المرضى معاملة جيدة، واحترام كرامتهم وحقوقهم في السرية، والعمل بشراكة معهم بإعطائهم المعلومات التي يريدونها.

5. أن يعين مرضاه على العناية بأنفسهم.
6. المحافظة على ثقة المرضى، بأن يكون أمينًا وشفافًا، ويتصرف بنزاهة، ولا يمارس التمييز بين مرضاه وزملائه، وأن لا يسيء إلى ثقة الناس به وبمهنته.

انحسار المهنية في الطب

أدت التطورات السلبية في الأعوام الأخيرة إلى وضع موثوقية المهنية في الطب على المحك، فهناك تزايد مستمر في أعداد الشكاوى والمطالبات بسبب سوء الممارسة الطبية في بعض البلاد الغربية، وفي مقابل هذا تزايدت الضغوط على الأطباء. وقد أوضحت دراسة أن نحو (60%) من الأطباء يعانون أعراض متلازمة احتراق الذات (Burnout Syndrome)، وتتمثل هذه الأعراض في: الإرهاق النفسي، وعدم الشعور بأداء المهمات على الوجه الأكمل. ووُصف عمل الأطباء (بالممارسة الدفاعية للطب) (Defensive medicine)، وعلى إثر ذلك ازداد عدم رضا المرضى والمجتمع عن الطب والأطباء، وكثرت الأخطاء الطبية التي يرى بعض الناس أنها انعكاس لخلل العلاقة بين المريض والطبيب[18].

وقد ازداد قلق الأطباء القادة على ما يمكن أن يوصف بتآكل المهنية في الطب؛ وذلك بسبب التغييرات السلبية في أنظمة المهنة والظروف الاقتصادية والتقنية الطبية، فقد أثر ذلك كله سلبًا في تمكن الطبيب وتوقعات مرضاه، وسبب الكثير من تضارب المصالح[19]. يقول البروفيسور آرنولد ريليمان من

جامعة هارفارد: «إن الذي غير الطب في أمريكا ومن ثم في غيرها من بلدان العالم المتقدم هو المادة أو السعي لجلب المال»[20]، ويستطرد: «لقد تدفق المال في صناعة الطب، وأحالها جزءًا من لعبة الاقتصاديات؛ وهذا ما أثر في تقديم الرعاية الصحية». ونحن نشهد كيف أن النزاع بين السياسيين في خطة الرئيس أوباما الصحية - ساعة كتابة هذه السطور - أدى إلى إغلاق الحكومة الفيدرالية في الولايات المتحدة، ولا يزال النقاش محتدمًا حتى كتابة هذه السطور. ولا شك في أن وراء ذلك كله مصالح بعض الفئات، وليس بالضرورة الحرص على جودة الخدمة ومهنيتها أو وصولها لمن يحتاجونها، «لقد صار هناك إجماع على أن التغييرات الحالية والنظام الصحي القائم يشكلان أكبر تهديد للمهنية في الطب» كما يقول البروفيسور رتشارد كروز- أستاذ الجراحة في جامعة ماقيل، في مونتريال بكندا، ويمضي هذا البروفيسور قائلًا: «إن سلوكنا الآن لم يعد مهنيًّا بالقدر الذي كان عليه قبل خمسين عامًا مضت»[21].

ويرى بعض الباحثين أن العلاقة غير الراشدة بين الطب والصناعات الطبية والدوائية أدت إلى ممارسات غير مقبولة، مثل التعود على كتابة وصفات غير مبررة، أو فحوصات مخبرية غير ضرورية، وكذلك التدخل الجراحي غير الضروري، علاوة على دور أجهزة الإعلام التي تقصدت المهنة[22].

ويعزو المرجع نفسه أسباب تراجع المهنية في الطب إلى تضارب المصالح الشخصية والسلوك غير المهني لمن يفترض أن يكونوا القدوة، وإلى غياب الإجماع على تعريف شامل للمهنية، وغياب آليات قياسها وتقييمها، وأخيرًا عدم توفر البيئة الملائمة التي تدعم المهنية في المؤسسات.

مع هذه التحديات، وفي مثل هذه البيئة، لا بد للأطباء - فرادى وجماعات - من تأكيد التزامهم المهنية في عملهم، والحرص على مصلحة مرضاهم ومراجعيهم والمجتمع ككل، وقد دفعت هذه التحديات والتراجعات نفرًا صالحًا من الأطباء العلماء إلى أن يضعوا تصورًا أسموه (مشروع المهنية في الطب) (Medical Professionalism Project)، ونتج عن هذا المشروع ما سمي (ميثاق المهنية في الطب)، وذلك في أواخر العام 1999م[23]، ويهدف هذا الميثاق إلى تعزيز أجندة عالمية للمهنية في الطب وتشجيعها، وقد نشر هذا الميثاق أول مرة وفي وقت واحد في: مجلة (الحوليات الطبية)(Annals of Medicine) الأمريكية، ومجلة (اللّانست) (The Lancet) البريطانية. ويمثل هذا الميثاق جهد سنوات للقادة في مؤسسة البورد الأمريكي في الطب الباطني (ABIM) والمؤسسات المقابلة لها في أوروبا.

يدعم الميثاق جهود الأطباء لضمان التزام الأنظمة الصحية بمن فيها من الأطباء لمصلحة المريض ولمبادئ العدالة الاجتماعية، وقد حرص واضعو الميثاق على أن يكون ملائمًا للثقافات والأنظمة السياسية جميعها. ولفائدة القارئ نستعرض - بإيجاز - أهم المبادئ في هذا الميثاق:

1. مراعاة مصلحة المريض، والانقطاع لخدمته، والحرص على علاقة حميمية بين الطبيب والمريض، على أن لا تؤثر قوى السوق والضغوط الاجتماعية والإدارية في هذا المبدأ.

2. استقلالية وحرية المريض الذي يجب أن يحظى باحترام الطبيب. وعلى الطبيب أن يسعى إلى تزويد المريض بالمعلومات التي تمكنه من اتخاذ القرارات الصائبة، والتي لا تتعارض مع الممارسة الأخلاقية.
3. العدالة الاجتماعية التي يجب أن تدعمها وتعززها المهنة عند تقديم الخدمات الصحية ومواردها. وعلى الأطباء العمل بجدية لإزالة التمييز في تقديم الخدمات، سواء أكان ذلك بسبب العرق، أو الجنس، أو الحالة الاقتصادية، أو المعتقد، أو أي سبب آخر.
4. الالتزام بالمهنية والتمكن، وذلك عن طريق: التعلم المستمر، وتجويد الممارسة السريرية، والعمل كفريق لتقديم خدمة متميزة.
5. الالتزام بالأمانة مع المريض، وتمليكه المعلومات الضرورية قبل طلب موافقته على أي إجراء طبي ليتخذ القرارات المناسبة لعلاجه، وإذا أدى علاج المريض أو الخطأ الطبي إلى حدوث الأذى له فيجب إخباره بذلك؛ حتى لا تفقد ثقته، مع السعي إلى تقصي أسباب الخطأ؛ لكيلا يتكرر.
6. الالتزام بسرية المريض الذي يشكل ضمانة ثقة المريض في الطبيب. تزداد أهمية هذا المبدأ مع ازدياد انتشار استخدام الأنظمة الإلكترونية لجمع المعلومات عن المريض.
7. التزام تحسين جودة الخدمة بصورة مستمرة، ولا يتأتى ذلك بتجويد الممارسة السريرية فحسب، ولكن بالعمل مع الآخرين؛ لتقليل الأخطاء الطبية، وضمان سلامة المريض، والاستخدام الراشد للموارد الصحية.

8. التزام تحسين الحصول على الرعاية الصحية؛ لأن المهنية الطبية تتطلب إزالة الحواجز والعقبات كلها التي تحول دون الحصول على الرعاية الصحية لمن يحتاجونها. وعلى الأطباء دعم ذلك بالتعليم والقوانين والتمييز الإيجابي للضعفاء. إن التزام العدالة في تقديم الخدمة يستدعي تعزيز الصحة العامة والطب الوقائي دون النظر إلى المصلحة الشخصية للطبيب.
9. الحفاظ على الثقة بتجنب تضارب المصالح بين الأطباء أنفسهم، أو بينهم وبين المنظمات التي يعملون بها، وتوخي الحرص عند التعامل مع الصناعات الطبية والدوائية وشركات التأمين؛ وعلى الأطباء كشف أي تضارب مصالح للجمهور في أثناء ممارستهم واجباتهم ولا سيما حين إجراء البحوث ونشرها، أو حين وضع بروتوكولات العلاج، أو حينما يقومون بمهمات تحرير المجلات العلمية.
10. الالتزام بالمسؤوليات المهنية مثل: تكثيف الخدمة للمرضى، والمشاركة في تقييم ممارسة المهنة وتنظيمها، والتصدي للمخالفات للحفاظ على المستوى المهني، وقبول التقييم الخارجي المحايد.

لاحظت من خلال تصفحي للأدبيات الغربية للمهنية في الطب أن التركيز فيها على المريض؛ فتجد من يقول إن شعار المهنية في الطب يجب أن يكون (المريض أولًا)، وربما لاحظ القارئ أن جل ما استشهدنا به من الكتابات في الصفحات السابقة يتعلق (بالمريض)، كأن المسؤولية المهنية تتمحور حول المريض فقط. ورغم قناعتنا الكاملة بأهمية المريض في منظومة المهنية، إلا

أننا نرى - لا سيما في بلادنا - أن المسؤولية المهنية في الطب يجب أن تولي بنفس القدر الاهتمام بصحة الأصحاء، وتقديم حفظ الصحة على معالجة المرض، كما ورد في تحديد الأولين لهدف الطب (حفظ الصحة إذا كانت موجودة، وردها إذا كانت مفقودة). دعونا ندعو إلى ثقافة جديدة للمهنية في الطب هي (ثقافة العافية Wellness)، وهي مفهوم أشمل من (الصحة) التي تعني بالنسبة إلى كثيرين مجرد غياب المرض. وسنأتي على تفصيل دعوتنا هذه إلى ثقافة العافية في فصل لاحق من الكتاب.

إن مفهوم المسؤولية المهنية في الطب وأبعادها أكبر من أن نجمله أو نفصله في باب أو فصل من كتاب بهذا الحجم، ولكن ربما يحسن أن نختم هذا الفصل بتوجيه القارئ الطبيب إلى كيفية اكتساب الممارسة المهنية، ونقول: إن التدريس النظري للمهنية أمر صعب ومعقد، وكذلك تقييمها، ويرى بعض الباحثين أن التدريس النظري للمهنية قد فشل؛ لأن طلبة الطب يتعلمون من قدواتهم وأساتذتهم عن طريق المنهج الخفي، وقد وضحت دراسة أن الطلبة يبدؤون دراسة الطب وهم مشبعون بالقيم والمثل العليا، ولكن - وبمرور الوقت - تتبخر عندهم هذه القيم، وهذا مؤشر على أن قيم المهنية تكتسب من القدوات ولا تتعلم نظريًّا[24]. ومهما يكن من شيء؛ فعلى الطبيب أن يعلم أن نجومه الخمس لا تكتمل حتى يكتسب المهنية في ممارسته، بل إن عليه نشر قيم المهنية بين زملائه، وأن يكون التزامه بها مستدامًا.

وتجدر الإشارة هنا إلى الأوضاع المتردية للأطباء في بعض بلدان العالم العربي، لا سيما من ناحية العائد المالي والمستحقات الأخرى ووضعهم في

الدولة والمجتمع. لقد أصبح الأطباء من الفئات الفقيرة في عدد من البلدان، ولا شك في أن ذلك يوثر سلبًا في مهنيتهم، بل إن فيه تفريطًا من الأنظمة الحاكمة، فراتب الطبيب – مثلًا – في عدد من البلدان لا يتجاوز المئة دولار أو المئتين، وقد نتج عن هذا الأمر واقع معقد تجسد في هجرة جماعية للأطباء، وما يكتنف ذلك من جوانب أخلاقية في الحقوق والواجبات.

الفصل الخامس
المسؤولية المجتمعية للطب والأطباء

ليكن سعينا إلى خدمات تصل الذين يتعذر الوصول إليهم، وتعلم الذين يصعب تعليمهم، وتقيم وزنًا لمن لا وزن لهم.

ابتدرنا الفصل الفائت بأن مفهوم المهنية يجسد العلاقة بين مهنة الطب والمجتمع، ويصف أحدهم هذه العلاقة بأنها عقد اجتماعي (Social Contract) بين الطب والمجتمع بالتوقعات والالتزامات كلها من الطرفين، وتمثل الثقة عصب هذا العقد الاجتماعي؛ ثقة المريض في الطبيب، وثقة الطبيب في المجتمع. ولنجاح هذا العقد الاجتماعي فعلى الطرفين الوفاء بالتزاماتهما، إذ يتوقع المجتمع من الطب والأطباء خدمة المعالج المتمكن والنزاهة والشفافية وتعزيز الصالح العام. أما الأطباء والنظام الصحي فيتوقعون من المجتمع: الثقة بهم، والمشاركة في وضع السياسات، والاحترام، والوضع الوظيفي المقبول.

لقد ازداد الاهتمام في العقود الأخيرة بموضوع المسؤولية المجتمعية للطبيب في الكليات الطبية، وأدخلت في المناهج والتدريب، بل صارت من المؤشرات المهمة في تقييم المؤسسات التعليمية الطبية، حيث تشكل جزءًا

مهمًّا في الاعتماد الأكاديمي لهذه المؤسسات. وهناك قناعة لدى المهنيين بأن التميز في المهنة لا يتأتى إلا للمؤسسات التعليمية التي ينعكس ما يجري فيها على أحوال الناس وعافيتهم، وثمة اتفاق على أن درجة التميز يجب ألا تنالها إلا الكليات الصحية التي تسعى إلى تغيير مجتمعي إيجابي. وقد ذكرنا - في غير موضع - أن قضية الصحة قضية اجتماعية سياسية في المقام الأول، وليست مجرد قضية علمية تقنية؛ ولهذا فهي تحتاج إلى حلول اجتماعية سياسية لا تقنية فقط. وعلى الأطباء والمجتمع أن يعلموا أن الهدف النهائي للخدمات الصحية هو الحفاظ على صحة أفراد المجتمع، وخفض معدلات المرض والوفيات، ولا يمكن تحقيق هذا الهدف إلا بقرارات وتدابير سياسية في المقام الأول، إذ يتطلب الحفاظ على صحة الناس توفير الاحتياجات الضرورية للحياة الصحية وهي: الغذاء الكافي، والماء الصالح للشرب وللأغراض الأخرى، والإصحاح البيئي، والسكن الصحي، والوقاية من الأمراض، وغيرها من ضروريات الحياة.

استشعارًا لمسؤوليتهم المجتمعية فعلى الأطباء أن يدركوا أن تكلفة العلاج صارت أمرًا غير مقدور عليه بسبب الفقر، مما دفع كثيرًا من المرضى إلى التداوي الذاتي وما يجلبه من مخاطر ومضاعفات. وإذا وضعنا في الحسبان تكدس الخدمات الصحية في العواصم والمدن الكبرى، وتراجع مستويات الخدمة في الأرياف، وغياب الأطباء المؤهلين هناك؛ فإن الأمر يزداد تعقيدًا، ما يحمل بعضهم على الخروج والمطالبة بالعدالة والمساواة في الصحة وغيرها بوصف ذلك حقًّا أساسيًّا من حقوق الإنسان في كل مكان. بانتشار ظاهرة كليات

الطب والمستشفيات الخاصة في العواصم والمدن تكرس التركيز على التدريب في المستشفيات من المستوى الثالث (Tertiary care hospitals)، وأهملت المشكلات الصحية الشائعة التي لا تصل هذه المستشفيات، بل يتم تدبيرها في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الصغيرة، ومما يؤسف عليه أن أغلب كليات الطب تصمم مناهجها لتحصل على اعتراف وزارات الصحة والجهات الأخرى. قبل أكثر من ألف عام اهتم وزراء المسلمين بصحة الناس في الأرياف والمناطق النائية، فهذا الوزير على بن عيسى يوجه خطابًا للطبيب سنان بن ثابت بن قرة (الذي توفي عام 331هـ، 942م) يقول له: «فكرت في من بالسواد من أهله وأنه لا يخلو من أن يكون فيه مرضى لا يشرف متطبب عليهم؛ لخلو السواد من الأطباء، فتقدم - مد الله في عمرك - بإنفاذ متطببين وخزانة من الأدوية والأشربة يطوفون في السواد، ويقيمون في كل صقع منه مدة تدعو الحاجة إلى مقامهم، ويعالجون من فيه، ثم ينتقلون إلى غيره»، ففعل سنان ذلك[25]. هذا شأن السلف في الاهتمام بصحة من في الأرياف والمناطق النائية، فأين نحن منهم اليوم وقد توافر لدينا من الإمكانات ما لم يتوافر لهم؟

ليس ما ينقصنا دائمًا شح الموارد، بل إن الذي ينقصنا اليوم غياب الاهتمام والتخطيط واختلال الأولويات، فأن يكون في مقدورنا - مثلًا - زرع كلية أو إجراء جراحة القلب المفتوح لشخص ما في حين أن أطفاله أو أطفال الآخرين غير محصنين ضد الحصبة أو الكزاز؛ فذلك لعمري ظلم كبير وسوء تقدير. أثبتت دراسة في تنزانيا أن تكلفة إنشاء مستشفى تعليمي كبير تكفي لإنشاء (15) مركزًا صحيًّا أو مستشفى ريفيًّا. دعت أزمة الصرف على الخدمات

الصحية في الولايات المتحدة مدير شركة جنرال موتورز العملاقة (GM) إلى أن يصيح غاضبًا؛ لأن ما تنفقه شركته على التأمين الطبي يفوق ما تنفقه على شراء الفولاذ لإنتاج السيارات، وقد أدى ذلك إلى أن تتبنى وتموّل مؤسسات - مثل روكفلر وغيرها - المؤتمرات وورش العمل للحد من نفقات الطب والعلاج، فكيف بنا إذا كان هذا الحال في الدول الغربية والولايات المتحدة حيث مجتمع الرفاهية والإمكانات المادية الضخمة؟ يجب أن نفكر مليًّا قبل استنساخ تجارب الغرب في الطب والصحة؛ لأن أولوياتهم وتركيبتهم السكانية وثقافتهم لا تشبه أولوياتنا وتركيبتنا السكانية وثقافتنا. وفي مجال التخطيط الصحي علينا أن نتدبر فقه الأولويات الصحية في المجتمع، والمتتبع للأرقام والإحصائيات في كثيرٍ من بلادنا يجد أنها تشير إلى أن الأطفال والنساء في عمر الإنجاب يشكلون أكثر من ثلثي السكان، فهل الخدمات المقدمة والموارد المخصصة لهم تعادل أو تقارب هذه النسبة؟ إن الاستثمار في صحة الأطفال استثمار في مستقبل الأمة، وإن إهمال الأطفال خطيئة كبيرة عبرت عنها الشاعرة الشيلية جبرائيلا مسترال الحائزة على جائزة نوبل حين قالت:

«إن ذنوبنا وأخطاءنا لشتى
ولكن ذنبنا الذي لا يغتفر
هو إهمالنا الأطفال
إغفالنا لنبع الحياة الدافق
إن كل شيء نرومه نحن الكبار يمكن أن ينتظر
أما الطفل فلا يمكن أن ينتظر
فالآن الآن دمه يتكون
والآن الآن عظامه تنمو

والآن الآن حواسه تتكون
إننا لا نستطيع أن نقول له انتظر لغد
لأن اسمه «اليوم»

هذه ترجمتي المتواضعة للنص الإنجليزي للأبيات، وليتني اجتهدت فصغتها شعرًاعربيًّا. وفي تراثنا الشعري لا يقابل هذه البلاغة في الدفاع عن الأطفال سوى قول المعرّي في وصفه موت الأطفال غير المبرر:

قدمنا والقوابـلُ ضـاحكاتٍ ورُحْنا والمدامعُ يَنْسَكِبنه

وأعمار الذين مضوا صغارًا كأثوابٍ بَلِينَ وما لبسـنه

والنساء أولوية، فهن يشكلن نصف سكان العالم، ويقمن بثلثي ساعات العمل في العالم، ولكنهن لا يحصلن سوى على عُشر دخل العالم، ولا يمتلكن سوى (1 %) من ممتلكات العالم.

كانت هذه وقفه تأمل قصيرة في المسؤولية المجتمعية للطب والأطباء. الإعداد لمسؤولية الطبيب المجتمعية يتطلب تعليمًا طبيًّا يتصدى للمتطلبات الأساسية للصحة ومحدداتها، ليس فقط بدراسة الجوانب الاجتماعية للطب مثل: علوم الطب الاجتماعي (Social Medicine)، والإدارة الصحية (Health Administration)، واقتصاديات الصحة .(Health Economics) إن إعداد طالب الطب يتجاوز الدراسة النظرية لهذه العلوم، وذلك بإخراجه من أسوار الجامعة والمستشفى إلى المجتمع، فيتلقى جزءًا من تدريبه في المستشفيات الريفية والمراكز الصحية، وبإجراء الدراسات والبحوث الصحية في المجتمع. إن

دراسة الطب الحديثة في الجامعات المتنورة تبنى اليوم على ما يسمى (المنهج مجتمعي التوجه) (Community-oriented curriculums).

وإذا كان هذا يحدث في جامعات أمريكا وأستراليا – حيث تنعم المجتمعات الريفية بشيء من العدل والمساواة – فما أحرانا نحن بهذا وكثير من مجتمعاتنا خارج المدن ترزح تحت الإهمال والتهميش ونقص الخدمات!

يجدر بنا – قبل الاستطراد في أبعاد المسؤولية المجتمعية للطب والأطباء، ولفائدة القارئ – أن نعرف المسؤولية المجتمعية للمؤسسات التعليمية الصحية. وفقًا لمنظمة الصحة العالمية فإن المسؤولية المجتمعية لكليات الطب والكليات الصحية الأخرى هي (الالتزام بتوجيه التعليم والتدريب الصحي والبحوث والنشاطات الخدمية نحو الأولويات الصحية للمجتمع أو المنطقة أو للبلد ككل، وتحدد هذه الأولويات بجهد مشترك بين: الحكومات، والمنظمات الصحية، والمهنيين الصحيين، والجمهور)[26]، واتفق أغلب الكتاب المهتمين على قواعد أربع للمسؤولية المجتمعية للطب والأطباء هي[27]:

1. تحسين جودة الخدمة (Improved quality)
2. العدالة في تقديم الخدمات (Equity)
3. جعل التعليم الطبي منتميًا (Relevance)
4. فاعلية الخدمة الصحية (Effective Health service)

لا يكتمل الحديث عن المسؤولية المجتمعية للطب والأطباء والمؤسسات التعليمية الصحية دون التعرض لقضايا الصحة التي تهم المجتمع، والتي تمثل

تحديات ليس فقط لكليات الطب، ولكن للمسؤولين كلهم في أي دولة؛ لأن صحة الناس - كما أسلفنا - يجب أن تكون على أجندة كل وزير ومسؤول. تتعدد هذه القضايا، ولكننا نجملها في ما يأتي:

1. شح الكوادر الصحية لا سيما على مستوى الرعاية الصحية الأولية.
2. نقص التخصصات في المشكلات الصحية ذات الأولوية.
3. هجرة المهنيين الصحيين.
4. قلة الخدمات في المناطق الريفية والنائية.
5. نقص أنشطة الوقاية وتعزيز الصحة.
6. غياب الحوافز للشراكات مع القطاعات المجتمعية.
7. التوجه التجاري في تقديم الخدمات على حساب القيم المهنية.
8. قلة الثقة في المهنيين الصحيين.

نرى أنه لا بد أن يكون للطبيب والمهنيين الصحيين حضور ومشاركة في التصدي لهذه التحديات؛ لأن التصدي لها يشكل جزءًا من الوفاء بالمسؤولية المجتمعية. ولا بد أيضًا للمؤسسات التعليمية الصحية لا سيما كليات الطب أن تؤثر بصورة رئيسة في التحديات المذكورة، فللوفاء بالمسؤولية المجتمعية للطب والأطباء، يتعيَّن على كليات الطب أن تغرس القيم والمثل العليا لخدمة الناس لدى طلبتها لا التوقعات وتحقيق المنهج الخفي، وعلى كليات الطب أن تجعل الأبحاث فيها موجهة للدراسات التطبيقية من أجل خدمة المجتمع لا دراسات حب الاستطلاع الأكاديمي أو دراسات ترقية الذات في السلم الأكاديمي، وعلى هذه الكليات أن تخصص وقتًا أطول في مناهجها لتدريس

أخلاقيات المهنة وضوابطها، نريد مساحة أكبر في المناهج للرضاعة الطبيعية والتغذية والأمراض المتوطنة، ونريد من كليات الطب أن تذكر طلبتها أن كلمة دكتور في أصلها تعني (معلم) حتى يقوموا بهذا الدور توعيةً للمجتمع، ونريد أيضًا أن تتحول الجامعات في بلادنا إلى أدوات تغيير (Agents of change)، ولتكن رسالة الجامعة كما قال الأستاذ الدكتور النذير دفع الله - رحمه الله - المدير الأسبق لجامعة الخرطوم: «تسخير المعرفة لتشييد صرح الوطن والإسهام في تقدم الإنسان وسموه»، وحتى لا تصبح الجامعات مصانع تعليب؛ كما قال الأستاذ الدكتور عبدالمنعم بله - رحمه الله -.

يقول بعض أصحاب الاختصاص إن على كليات الطب أن تشارك في تحديد الاحتياجات والأولويات، وأن تشارك في الإستراتيجيات الوطنية؛ للإبقاء على الخريجين وتوزيعهم بصورة عادلة، وإشراك المهنيين والمختصين من المجتمع للتأكد من تحقيق التحسن في صحة المجتمع. وللوفاء بالمسؤولية المجتمعية للطب والأطباء فنحن - على مستوى الدول - مطالبون بالتحول من إستراتيجية الخدمات العلاجية باهظة التكاليف والمقدمة لفئات معينة، إلى إستراتيجية تقديم خدمات وقائية علاجية أقل تكلفة لأكبر عدد من الناس، خدمات تصل الذين يتعذر الوصول إليهم، وتعلم الذين يصعب تعليمهم، وتقيم وزنًا لمن لا وزن لهم؛ أعني الفقراء والمساكين. في ضوء هذه الحقائق لا بد لسياسيينا ومخططينا من التفكير بعقلية (جدوى الكلفة) (Cost Effectiveness)، ولا بد لأطبائنا من أن يفكروا بعقلية المؤشرات ومحاولة تحسينها وليس بعقلية المداواة (Pill for every ill).

صحيح أنه لا يخلو بلد في عالم اليوم، غنيًّا كان أم فقيرًا، من أزمة في مجال الخدمات الصحية، ولربما اختلفت نوعية الأزمات باختلاف البلاد، إلا أن البلدان جميعها في العالم تواجه المصاعب الآتية:

1. الكلفة المتصاعدة للخدمات الصحية.
2. عدم وضوح المردود لهذه الكلفة على صحة الناس.
3. تناقص أو شح الإمكانات والموارد المتاحة.
4. زيادة المستفيدين من الخدمة المقدمة نتيجة زيادة السكان.
5. سوء استخدام الموارد المتاحة.
6. حالة عدم الرضا لدى المستفيدين من الخدمات الصحية.
7. التعقيد الإداري والتقني المتزايد للخدمات، وعدم وجود الإدارة الفاعلة.
8. التدريب غير الكافي للكوادر الصحية.

إن ما يحدث في أغلب الدول الصناعية من إقفال للمستشفيات ومراجعة للإستراتيجيات وتغير نمط الخدمات يجب أن يكون نصب أعيننا؛ لكيلا نكرر أخطاء الآخرين؛ فالعاقل من اتعظ بغيره، وإن مجرد الصرف على الخدمات – مهما كبر – لا يعني كثيرًا إذا لم توجه الإمكانات لوجهتها الصحيحة، فكم من هذا الإنفاق يذهب لتقديم خدمات طبية أساسية في المناطق النائية مقارنة مع ما يذهب لإقامة مستشفيات خمس نجوم أو (قصور المرض) كما سماها د.ماهلر- مدير منظمة الصحة العالمية الأسبق. إن سلامة التخطيط تستدعي ألا نقع في ما يسمى قانون الرعاية المعكوس (Inverse Care Law)، وهو الذي

يحصل فيه أكثر الناس احتياجًا إلى الخدمات على أقل نصيب منها، والعكس.

"Those who need it most, get it least; and those who need it least, get it most."

كيف نحقق الوفاء بالمسؤولية المجتمعية للطب والأطباء؟ بوزارات الصحة، والأطباء في قيادتها مسؤولة عن صحة المجتمع، فوزارة الصحة هي المخطط والمنسق والمنفذ للسياسات الصحية، ومن مهماتها توفير الدعم الحقيقي - لا الكلامي - للرعاية الصحية الأولية الشاملة وتطويرها. ومن واجباتها: تفعيل الجودة النوعية، وضمان الخدمة المتميزة للمواطنين جميعهم، والاهتمام بالتطوير المهني والوظيفي، وردم الفجوة بين مقدمي الخدمة والمخططين، وردم الفجوة بين وزارة الصحة والجامعات والمجتمع، وإيقاف الهدر التقني والبشري والعطالة المقنعة في القطاع الصحي، وتفعيل نظام المحاسبة، وتحفيز العاملين في القطاع الصحي، وإعادة الحياة في تدريب الكوادر الصحية المساعدة لتقليل اعتماد النظام الصحي على الطبيب، ثم توفير الخدمات الصحية للمواطنين في أقرب ما يمكن إلى مكان سكنهم وبأقل كلفة، وتوفير الخدمة بصورة دائمة على مدى أربع وعشرين ساعة وسبعة أيام في الأسبوع. وعلى وزارات الصحة دعم الخدمات التعزيزية والوقائية لتطوير صحة المجتمع، والاهتمام بالتوعية الصحية لتربية الاعتماد على النفس في الحفاظ على الصحة، وذلك تحقيقًا لحكمة المثل الصيني المشهور: (أعط رجلًا سمكة وتكون قد كفيته قوت يومه وغدًا سيغدو شحاذًا. علم رجلًا كيف يصطاد السمك وتكون قد كفيته قوت عمره، وإذا ما أحسنت تعليمه فسينطلق ليعلم الآخرين).

هناك إجماع على أن الفوارق الكبيرة في الوضع الصحي لدى الأفراد والجماعات غير مقبول أخلاقيًّا، وإذا ما استمرت هذه الفوارق في مجتمع ما فإن ذلك أدعى إلى زعزعة الاستقرار في ذلك المجتمع مع تأثيرات سلبية في الإنتاج والاقتصاد على المدى الطويل، إذ لا يمكن أن تتحسن صحة الناس في فراغ اقتصادي، أو سياسي أو اجتماعي؛ ولذا فالاهتمام بصحة المجتمع هو المفتاح لضمان عدالة توزيع الموارد لتتعدى الصفوة والنخب إلى الفقراء والمساكين، وإن غياب الخدمات الطبية أو نقصها ليست هي المشكلة الصحية الأهم؛ بل الفقر والتخلف.

تستدعي الممارسة في نظام صحي محدود الموارد القناعة بأن المشكلة ليست في عدم توافر الميزانيات، وقد ذكرت في موضع آخر من هذا الكتاب أن الذي يكبلنا ليس دائمًا شحّ الموارد، ولكن اختلال الأولويات وغياب العدل في الخدمات الصحية. إن تجربة قابلة القرية في السودان، والتجارب العالمية الناجحة في الهند وكوبا والصين وإيران، تؤكد ما ذهبنا إليه من أن التحدي الحقيقي هو في مجابهة محددات الصحة، وليس فقط في تقديم الخدمات الصحية.

يتطلب الإعداد لتحمل المسؤولية المجتمعية للطبيب أن تهيئ له وزارة الصحة العمل في الريف والمناطق النائية في بيئة عمل مناسبة، تتوافر فيها أدنى متطلبات المهنية والرضا الوظيفي، ومما يحقق الوفاء بالمسؤولية المجتمعية للطبيب إيجاد بعض الوقت للعمل مع المنظمات التطوعية التي تعنى بصحة المجتمع. مثل هذا العمل يكسب الطبيب خبرات تفيده مهنيًّا وتشعره بالرضا والعطاء. وفي أغلب دول العالم هناك منظمات أهلية؛ فهناك - مثلًا

- (أطباء بلاد حدود)، و(أطباء من أجل العدالة الاجتماعية)(Physicians for Social Justice)، و(أطباء من أجل حقوق الإنسان) (Physicians for Human Rights)، و(أطباء لمنع الحرب النووية) (International physician for prevention of nuclear war)، وغيرها كثير. وقد حدثني غير زميل عن الفوائد الجمة التي لم يكونوا يتوقعونها حين عملوا لبعض الوقت مع مثل هذه المنظمات، وكيف أن عملهم فيها كانت له ظلال إيجابية على ممارستهم اليومية.

يجدر التطرق في هذا المقام عند الحديث عن المسؤولية الاجتماعية إلى فكرة التغطية الصحية الشاملة (Health Coverage Universal)، والتي طرحتها منظمة الصحة العالمية مؤخرًا مع البلدان الأعضاء؛ بدافع إيصال مستوى معقول من الرعاية الصحية إلى الجميع، لا سيما سكان الريف والمناطق المهمشة، وقد وصفت مارغريت جان - مديرة منظمة الصحة العالمية هذه الفكرة بأنها الفكرة الأهم -على الإطلاق- في مضمار الصحة العامة[28]. فكرة التغطية الصحية الشاملة تنسجم مع مبادئ المسؤولية الاجتماعية، ولكن يجب التنبيه إلى ضرورة أخذها مأخذ الجد، ووضع الأطر المناسبة لإنفاذها على أرض الواقع؛ حتى نتجنب الأخطاء التي صاحبت فكرة الرعاية الصحية الأولية التي بدأت في العام 1978م وأحدثت توقعات كبرى، ولكن تنفيذها على أرض الواقع لم يتعد خدمات مختارة في أحسن الأحوال. (Selective primary care)

هناك ظاهرة لا بد لنا من التوقف عندها والتصدي لها؛ لأنها ذات صلة بالمسؤولية المجتمعية للطب والأطباء، ألا وهي هجرة الأطباء والعقول. وبالرغم من أني لا أملك أرقامًا عن أعداد المهاجرين من الأطباء من منطقتنا، إلا أن الهجرة صارت ظاهرة لا تخفى على العين، وصارت كليات الطب في

بلادنا تدرب أطباء للتصدير وليس لخدمة أهليهم. أسباب هذه الظاهرة ليست كما يعتقد كثيرٌ من الناس أن الأطباء يهاجرون لمجرد تحسين أحوالهم الاجتماعية، إن السبب المستتر هو أنهم لم يتدربوا على ما يقوي انتماءهم لأوطانهم، ولم يدربوا في ظروف العمل في أجزاء الوطن النائية والمحتاجة، بل دربوا في مستشفيات خمس نجوم، وحين يتخرج هؤلاء الأطباء في الجامعات يكون من الطبيعي أن يسعوا إلى العمل في مثل هذه المستشفيات، فإذا لم تتوافر لهم وظائف في هذه المستشفيات في أوطانهم فسيكون من البديهي أن يهاجروا للغرب أو حيثما يجدون الفرص. يكمن الحل عندئذٍ في إعادة النظر في أمكنة التدريب، وفي جعل دراسة الطب منتمية للزمان والمكان والمشكلات الصحية الشائعة في بلادنا، وليس في بلاد الهجرة.

وقبل أن نختم هذا الفصل نتوقع ألا يهمل الأطباء - أيًّا كان تخصصهم - دور الإعلام تجاه حفظ صحة الناس وتعزيزها، وأن يعقدوا شراكات مع وسائل الإعلام لتحقيق هذا الهدف الذي يستكمل المسؤولية المجتمعية للطبيب. ولا شك في أن التعامل مع الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي يشكل تحديًا للطبيب، ويتطلب مهارات سنعرض لها في ما يأتي من فصول هذا الكتاب.

وخير ما نذكر به الأطباء في ختام هذا الفصل عن المسؤولية المجتمعية للطبيب هو قول رسولنا الكريم ﷺ: «خيركم خيركم لأهله»*، فليكن خيرنا، أيها

* أخرجه الترمذي (رقم3895) وقال: حديث حسن غريب صحيح، وصححه الألباني في صحيح الجامع (رقم3314).

الزملاء الأعزاء، لأهلينا كلهم؛ الأقربين والأبعدين، وألا يقتصر هذا الخير لمجتماتنا على معالجة الأفراد، بل نستشعر ونلتزم التوازن في العناية بين الفرد والمجتمع.

الفصل السادس
من هو الطبيب المتميز؟ وكيف تصبح واحدًا؟

لكي يكون الطبيب متميزًا فعليه أن يكون أكثر من مجرد كاتب وصفة أو مضمد جرح.

كان باعث كتابة هذا الفصل هو أني عثرت على إجابات جديرة بالتوثيق لسؤالين يسيرين طرحتهما المجلة الطبية البريطانية (British Medical Journal) على الأطباء وغيرهم في أنحاء العالم جميعها، كان السؤال الأول: (من الطبيب المتميز؟)، والآخر: (كيف تصير واحدًا؟). جاءت الردود من مئة مستجيب واثنين آخرين، جميعهم من أربع وعشرين دولة، وكان المستجيبون أكثر وضوحًا في الإجابة عن السؤال الأول، وذكروا أكثر من سبعين صفة للطبيب المتميز، وكما هو متوقع فقد كان من الصفات المذكورة: الأمانة، والرأفة، والتفهم، والتمكن، والالتزام، والإنسانية، وذكر قليل منهم: الشجاعة، والإبداع، والعدل، والاحترام، والتفاؤل، والرحمة. كان لكل مستجيب شيء يقوله غير ما قال الآخرون، وبرر أحدهم ذلك بأن مصطلح (الطبيب المتميز) يحمل معنى مختلفًا باختلاف الناس والزمان والمكان، تمامًا كما تعني السيارة المتميزة لهم[29].

سنحاول تلخيص ما جاء في ردود المستجيبين مع إبداء وجهة نظرنا في من هو الطبيب المتميز، وكيف لأي طبيب أن يصبح طبيبًا متميزًا. يقول أحد المستجيبين: «لكي يكون الطبيب متميزًا فعليه أن يكون أكثر من مجرد كاتب وصفة أو مضمد جرح»، وعدّد (103) من الصفات التي يجب أن يتصف بها الطبيب المتميز، وسمى ذلك (أ ب ج الطبيب المتميز)، ووضع لكل حرف من الحروف الإنجليزية صفة أو أكثر، فبحرف الـ (A) يجب أن يكون الطبيب (Attentive)؛ أي مصغيًا لاحتياجات المريض، و (Analytical)؛ أي يمتلك المقدرة على التحليل، وببقية الحروف الأبجدية يجب أن يتصف الطبيب بأن يكون: ناصحًا، ومطمئنًا، ومتزنًا، ومؤمنًا، ومقدامًا، وشجاعًا، ومتمكنًا، ورؤوفًا، وواثقًا، ومبدعًا، وهادئ الطبع، وصاحب ضمير، ومتعاونًا، ومثقفًا، ورقيقًا، ومتمسكًا بالأخلاق، ومتفهمًا، ومتحملًا، وودودًا، ومرنًا، ورقيقًا، وإنسانًا، وأمينًا، وخفيف الظل، ومتواضعًا، وحكيمًا، ومرحًا، وعادلًا، ومنصتًا جيدًا، ومخلصًا، ودائم التعلم، ونبيلًا، ومتفتح الذهن، ومهنيًّا، وصبورًا، ومقنعًا، وواقعيًّا، وحساسًا، وعالمًا، وماهرًا، ومحدثًا، ومفكرًا، ومعلمًا، ومتقنًا، ومتفكرًا، وصدوقًا، ودافئًا، وساحرًا، وأخاذًا.

ويرى أحد المستجيبين أن الطبيب يحتاج إلى قليل من السحر، ويقصد بذلك أن السحر يتأتى من كون الطبيب شخصًا شاملًا ومتكامل الشخصية وجاهزًا في كل وقت ليعطي أفضل ما عنده، ليس فقط لإنقاذ الحياة، بل لجعل الناس أكثر راحة وسعادة، وأن ذلك يتطلب شيئًا من السحر، ويقول إن الطبيب المتميز لا بد أن يدرك - دائمًا - أنه بشر، وبهذه الصفة فإن له حدودًا، على أن هذه الحدود يجب ألا تجعله عاجزًا، ولكن تقويه ليكون إنسانًا وطبيبًا جيدًا.

يقول المحرر: إننا ربما نتوقع أن يكون الطبيب جيدًا أو متميزًا أكثر مما هو ممكن؛ لأن تدريب الطبيب يمكنه من تجويد أساسيات أكثر من علم؛ مثل: التشريح، وعلم العقاقير، والتغذية، وعلم النفس، وغيرها. ونطلب إليه فوق ذلك أن يكون: عالم أجناس، واختصاصي اجتماعي، وعالم أخلاقيات. ولا شك في أن ما نطلبه من الطالب والطبيب أمر مربك[30]، والأمر المحزن أننا فوق ذلك نرى - وبصورة يومية - في الأدبيات ما يقال عن قلة معرفة الأطباء بأمور مهمة، مثل: عدم السؤال عن سلوك المريض، أو سوء المعاملة في الأسرة، أو بعض المعتقدات السائدة في المجتمع، أو احتياجات المريض الروحية، أو أنهم لم يحدثوا معلوماتهم عن التفاعل بين الأدوية.

ولذلك فالأطباء يترنحون بين طول الخبرات والتخصصات وعرضها التي يجب أن يتقنوها. يقول المتداخل إنه ليس بإمكان الأطباء أن يهضموا أو يستوعبوا هذه المعارف أو المهارات كلها، أو - على الأقل - لا يستطيعون تجويدها، ويرى أن الطبيب المتميز بحق هو الذي يمتلك المهارات التقنية لصناعة الطب، وأنه الذي يتفهم أبعاد مشكلة مريضه حتى يستدعي مهارات من يشاركونه في علاج المرضى، مثل: الممرضين، والاختصاصيين الاجتماعيين، والمعالجين النفسانيين، واختصاصيي العلاج الطبيعي، والفنيين، وحتى رجال الدين؛ ليتمكن من توفير فرص شفاء المريض واسترداد صحته.

ولعلنا نتفق مع جل ما ذهب إليه هذا المتداخل ونختلف معه في بعضه الآخر، نتفق معه في أن الطبيب لا يمكن أن يكون اختصاصيًّا في العلوم والمهن كلها، وأنه لا بد أن يدرك أهمية أعضاء الفريق الطبي الآخرين وما يمكن أن

يقدموه لمريضه. لا نريد للطبيب - مثلًا - أن يكون عالم أنثروبولجيا، ولكن يجب عليه أن يعرف كيف يسأل مريضه عن عاداته وتقاليده؛ لأنه بغير معرفة ذلك - ربما - لا يمكنه الوصول إلى التشخيص الصحيح. لا نريده أن يكون اختصاصي تغذية، ولكنه لا بد أن يسأل الأم إذا ما كانت ترضع طفلها أو متى فطمته عن الرضاعة؛ لأن ذلك قد يكون له علاقة بحالة الطفل المرضية أو التغذوية. لا نطلب إليه أن يكون مستشارًا في المشكلات الزوجية، ولكنه يحتاج إلى أن يكتشف أي مظاهر لسوء المعاملة الزوجية مما يؤدي إلى اكتئاب أحد الطرفين.

إن الطبيب الجيد إنسان وديع متواضع، يحسن الإنصات لمريضه، ويتحصل منه على الكم المطلوب من المعلومات المتعلقة بحالته، سواء أكانت: طبية، أو اجتماعية، أو روحية؛ مما يساعد في النهاية على تحقيق شفائه. أما اختلافنا مع المتداخل فيما ذهب إليه من أن ما نطلبه إلى الطبيب أمرٌ مربك وعصيٌّ على التحقيق، فهو في تصوره أننا نطلب إلى الطبيب أن يحرز مستوى التخصص في العلوم ذات العلاقة بممارسة الطب، ولا يظنن أحد أنني أعني بالطبيب خمس نجوم أو الطبيب (المتميز) أن يكون عالم اجتماع، أو عالم أجناس (إنثروبولوجيا) أو اختصاصيًّا في اقتصاديات الصحة أو علم النفس؛ إنما المقصود أن يتعلم من هذه التخصصات كلها الحد الأدنى الذي يمكنه من أداء عمله على الوجه الأكمل، إن كان: تشخيصًا، أو وصفًا لعقار، أو تحويلًا لزميل في تخصص آخر. وهذا في رأيي ما يجعل موسوعية الطبيب أمرًا ممكنًا؛ لأنه يتعامل مع أبسط المخلوقات في الكون وأعقدها، ألا وهو الإنسان. ولتحقيق هذه الموسوعية ينبغي لمنهج التعليم الطبي أن يتضمن ذلك الحد الأدنى من

العلوم المرتبطة بالممارسة الطبية، وإذا لم يتسع لذلك كله فعلى الطبيب أن يتقن مهارات التعلم الذاتي حتى يحقق ذلك لنفسه. ومما يجعل الأمر ميسورًا أن الطبيب لا يحتاج إلى هذا التعلم كله دفعة واحدة، فبإمكانه التعلم عند الحاجة، ونحن في عصر يتمكن فيه الطبيب من إخراج هاتفه الذكي من جيبه ويحصل خلال لحيظات على المعلومة التي يريدها في أي مجال كانت، وبإمكان الطبيب أن يحتفظ بأحدث الكتب والمجلات في المجالات جميعها في هاتفه المحمول، ولا ضير في أن يلقي الطبيب نظرة على هاتفه قبل الاستشارة وبعدها، أو حتى في أثنائها، دون أن ينتقص ذلك - كما يظن بعض الأطباء - من قدر الطبيب.

يقول متداخل آخر إن على الطبيب أن يحسن استخدام أدوات صناعته، وعليه أن ينصت لكل ما يقوله مريضه. وقديمًا قال الرازي: «ينبغي للطبيب ألا يدع مساءلة المريض عن كل ما يمكن أن تتولد عنه علته»، وعلى الطبيب أن يرى بعينه ما يمكن أن يرى من المريض، وأن يستنبط بعقله وفطنته كل ما لا يقال، وحين يهضم الطبيب ذلك كله عليه أن يستخدم فمه ولغة جسده لطمأنة مريضه. إن مهنيتنا تفرض علينا التمسك بأسمى القيم؛ وباستطاعتنا أن نفعل ذلك إذا ما أُحْسِنَ تدريبنا، وأعطينا المريض الوقت الكافي، ونجعله في نفس الوقت يتذكر واجباته نحونا.

حاجة الطبيب إلى التوجه الإنساني

في بلادنا الموسومة بالنامية، وبكل ما فيها من نقص في المرافق، وبأن المريض يحتاج إلى الطعام قبل الرعاية الصحية؛ علينا التحلي بالإنسانية

وأخلاقيات المهنة أكثر من المهنية العلمية. كان ذلك مضمون مداخلة طبيبة امتياز من السودان في إجابتها عن السؤالين اللذين طرحتهما المجلة الطبية البريطانية، تقول الطبيبة السودانية إن على الطبيب المتميز أن يتمتع بقدر كبير من الصبر، وأن يشرح ويعلّم قبل أن يصف الدواء، وأن يفكر كثيرًا في القرار الصائب بالنسبة إلى مريضه؛ لأن ذلك ليس بالضرورة موجودًا في الكتب. طلب الطبيب إلى المريض إجراء الفحوصات؛ لتأكيد ما وصل إليه من التاريخ المرضي والكشف، وطلبه فحوصات قد لا تغير من المعالجة كل ذلك غير مبرر. وتمضي الطبيبة الحكيمة - بالرغم من حداثة تجربتها في المهنة - بالقول: إن قرار اختيار الدواء الذي سيصفه الطبيب يجب أن يخضع لاستطاعة المريض، وتقول الطبيبة: إن توفير الزمن واختيار اللغة التي تناسب كل مريض أمور لا يدرب عليها الطبيب في أثناء دراسته. وربما نختلف مع المتداخلة في أن المناهج الحديثة بكليات الطب تتضمن تدريبًا على مهارات التواصل، مما يسهل على الطبيب اختيار اللغة التي يتحدث بها مع المريض. وتقول الطبيبة: إن تريث الطبيب وانتظاره أفضل من التدخل القاصر والمؤقت الذي قد يضاعف معاناة المريض، وإن على الطبيب أن يشاطر مريضه تحمل المعاناة بحس إنساني اجتماعي وليس بحسٍّ بيولوجي، وهذه هي المهارات التي يحتاج إليها الطبيب، وربما لا يوفق - دائمًا - في تجويدها. وتعترف المتداخلة بأن شعار كلية طب الخرطوم التي تخرجت فيها (الأمانة والتواضع) (Honesty and Humility) شعارٌ يسهل ترديده، ولكن تصعب ممارسته في ظروف مثل تلك التي في قسم طوارئ مكتظ حين يبلغ الإرهاق والعصبية مداهما لدى الطبيب[31].

تجربة المرض تساعد على التميز

قدم المحرر لمداخلة من أستاذ للأمراض الجلدية بأهمية أن يدخل طالب الطب في تجربة مرضية حقيقية أو مفتعلة، ويرى أن ذلك أمر مفيد حتى ولو تخرج الطبيب في أفضل كلية للطب ودرّسه أفضل الأساتذة وامتلك ناصية المهارة السريرية. يرى أستاذ الأمراض الجلدية أهمية أن ندخل طالب الطب في تجربة سحب دم شخص غير متمرس من وريده، أو نحاول إدخال أنبوبة معدة له مرة أو مرتين، أو نعرضه لمنظار القولون، أو حتى تنويمه بالمستشفى لليلة أو اثنتين بعد فتح وريد وتركيب مغذٍّ ومن ثم عناية متعجلة من أطباء وممرضين لا يحسنون الرعاية. يراهن هذا الأستاذ على أن تعريض طالب الطب أو الطبيب لمثل هذه التجربة سيجعل منه طبيبًا أكثر تفهمًا ورأفة، بل طبيبًا متميزًا بأفضل مما لو تعرض لعشرات المحاضرات عن الرحمة والإنسانية لأساتذة الأخلاقيات أو الأكاديميين. وقال إن تجربة المرض التي مر بها حين كان طالبًا أعانته كثيرًا على اكتساب حسن رعاية مرضاه، ومصداقًا لهذا قول أحد المتقدمين: «من تربى في العافية قد لا يعلم ما يقاسيه المبتلى، وقد لا يعرف مقدار العافية». ربما يكون من الصعب تحقيق ما ذهب إليه هذا المتداخل، ولكن لا نشك في أن تجربة المرض تفيد الطبيب وتجعله أكثر تفهمًا.

الطبيب المتمكن من وجهة نظر ممرضة

ترى متداخلة ممرضة أن درجة التميز في الطب ليست أمرًّا عصيًّا، وأن مفتاح وصول الطبيب إلى هذه الدرجة هو أن يكتسب الثقة بعدم الحاجة إلى

العون أو المساندة حين يكون قادرًا على أداء مهمة ما أو اتخاذ قرار ما، وأن يطلب العون فقط حين لا يكون قادرًا على أداء المهمة. تذكر الممرضة الطبيب بأن الحس السريري في أغلب الأحيان أهم من نتائج الفحوصات، وأنه يجب النظر إلى المريض وليس للأرقام أو صور الرنين المغناطيسي.

وتمضي الممرضة المتمرسة لتؤكد أن الطبيب المتميز هو الطبيب الذي يحسن العمل ضمن الفريق الطبي، إذ إن الممرضات وأعضاء الفريق الصحي الآخرين بإمكانهم جعل حياة الطبيب إما ميسرة أو نكدة؛ ذلك أن معظم أطباء الامتياز والأطباء المقيمين محدودو الخبرة العملية، في حين أن الممرضة المتمرسة ذات الخبرة الطويلة يمكن أن تكون عونًا وساعدًا أيمن للطبيب، وتقول إن الطبيب لا تنتقص مكانته إذا طلب العون من الممرضة الخبيرة، بل يكتسب احترامها بمعرفة حدوده؛ فهؤلاء الممرضات يتعاملن مع كبار الاختصاصيين، وبإمكانهن أن يطلعن الأطباء المحدثين على ما يطلبه أولئك الاختصاصيون خلال مرورهم اليومي على المرضى، أو متى يستحسنون طلب المساعدة. وتذكر الممرضة الأطباء بأن الممرضات لا يحسدن الطبيب أو ينافسنه في مسؤولياته، ولكنهن يتوقعن أن يهتم الطبيب بمخاوفهن وتساؤلاتهن، ولا يزعجهن ألا يقبل الطبيب نصحهن، فقط يهمهن أن يشعرهن الطبيب بأنه يأخذ في الحسبان آراءهن. وفي ختام نصحيتها للطبيب ترى هذه الممرضة أن التواصل مع المريض هو ما يصعب على كثير من الأطباء، فتوصي بالإنصات للمرضى ومحاولة تفهمهم؛ لأن المسؤولية النهائية في أي قرار يجب أن تكون عليهم. وتقول إن السياسات والإجراءات المتبعة يمكن تطويعها لتناسب المريض، وما على الطبيب إلا أن يوثق ذلك حين يحدث تضارب.

ما أحوجنا في هذا المقام إلى تعزيز التعاون بين الطبيب وأعضاء الفريق الصحي من ممرضين وغيرهم! وهنا تبرز أهمية الدور القيادي للطبيب والذي خصصنا له جزءًا من الفصل الثاني عشر.

الطبيب المتميز في نظر مريض

وأدلى مريضٌ بدلوه في حوار الطبيب المتميز، فحكى قصته. يقول: تحولت ذات مرة من إنسان معافًى إلى مريض يحمل رقمًا لمقابلة الطبيب، لم يُعر أحدٌ انتباهًا إلى أنني كنت موجودًا قبل تسجيلي في العيادة، ولم يهتم العاملون لملفي السابق بوصفي مريضًا؛ فشعرت بعدم الراحة حين جلست إزاء الطبيب لأحدثه عما حدث لي، واكتشفت أنه لم يسجل النقاط التي أعتقد أنها مهمة في ملفي، ثم أحسست أن رأيي فيما حدث لي كان مثار سخريته، ولكني في نهاية الأمر كنت مجرد حالة. يقول: بعد ذلك صرت أعود طبيب الأسرة الأول الذي انتقلت من منطقته، صرت أعوده كمقيم مؤقت في منطقته كلما شعرت بالحاجة إلى الاستشارة الطبية، ثم يتساءل: ما الذي يجعل طبيب الأسرة الأول رائعًا والآخر غير ذلك؟

ويجيب بنفسه على التساؤل: صار طبيب الأسرة الحقيقي الخبير الصديق، كان يهتم بي بوصفي إنسانًا وليس مجموعة أعراض وعلامات، كان يعرف متى يتكلم، ومتى يصمت، كان تاريخي المرضي هو تاريخي المرضي نفسه، وليس أسئلته هو وأجوبته. لقد أشعرني بالتمكين، ولم يحملني على شيء لا يروقني، كان يحترم رأيي فيما أرى أنه قد حدث لي. إن تجاربي مع الأطباء

تجعلني ألخص رأيي في ما أعتقد أنه استشارة طبية جيدة، في مثل هذه الاستشارة: الطبيب يسأل والمريض يجيب، الطبيب يوظف معلوماته ومهاراته لمساعدة المريض على استنباط الإجابات المفيدة، والمريض بعد ذلك يقرر لنفسه الدعم الذي يريده من الطبيب. إن شعوري بالتعاسة يبدأ حين يعبئ الطبيب استمارة بالإجابات التي يريدها هو.

من سيذكر بأنه طبيب متميز؟

تقول متداخلة أخرى بأنها ذهبت لحضور حفل تأبين طبيبة متميزة، وسمتها باسمها، وأنها كانت زميلتها وطبيبتها لأعوام خلت، وتصفها بأنها شخص لا يضاهى؛ إذ تمكنت من التخرج طبيبة بالرغم من إعاقتها بشلل الأطفال ومشكلات صحية أخرى في أثناء الدراسة. تقول المتداخلة:

«كنت أتعالج أنا وزوجي طيلة خمس سنوات من قلة الخصوبة مع عدد من الأطباء، كان نصيب فيليس (اسم الطبيبة التي يقام لها حفل التأبين) بضعة أشهر من هذه الأعوام الخمسة، كنا معها على غير حالنا مع الآخرين؛ لا نحس قساوة الفحوص الصعبة إلا كالإحساس حين تفحص أذني، كان ذلك بسبب رقتها في التعامل معي، وعلى وجه الخصوص بسبب مهارتها الفائقة في التعامل مع الآخرين، لقد كانت وحدها الطبيبة التي استطاعت أن تتعامل مع خيبة أملنا من فشل المعالجات. بوصفي زميلة لها - وكنت وقتها مسؤولة تحسين الجودة - تعرفت حدبها وسمعتها الطبية في مجال تحسين تقنيات الرعاية الصحية، وتعرفت مواهبها ككاتبة ودرامية ومديرة. لم تكن فيليس مبرأة من كل عيب، ولكن مقدراتها وحساسيتها في علاقاتها مع الآخرين، وحفاظها على مستواها المهني

ذلك كله جعل منها طبيبة متميزة. كانت تجد متعة خاصة ومقدرة في التواصل مع القادمين من خلفيات محرومة تمامًا مثلما تتواصل مع المرضى المتعلمين والميسورين. كانت الجلسات الاستشارية مع فيليس عبر السنين أرقى وأرفع من أي استشارات؛ لأنها كانت ملائمة للمريض الذي أمامها».

تقول المتداخلة: «لا يوجد طبيب يمتلك الكمال، ولكنه الطبيب الذي يدرك محدوديته ومحدودية مهنته، الطبيب المتميز لا يزعجه نقص المعرفة، وهذه خاصية تمكنه من تأجيل القرار والتعامل مع الأوضاع العسيرة، وهو الذي يسعى دائمًا ويبحث عن الحلول المبتكرة في اللحظة التي أمامه، وهو صاحب المقدرة على الأمل وتحمل الفشل في آنٍ واحدٍ، وهي أمور تختلف لدى المرضى؛ ولذا فهو على استعداد لتلبية الاحتياجات كافة».

الطبيب المتقاعد: لو استقبلت من أمري ما استدبرت!

واستقبل المحرر مداخلة من طبيب متقاعد يقول: «قبل أن ألج عالم الطب كنت أعلم من هو الطبيب المتميز، كنت طالبًا ناضجًا، وكانت لي خبرة طويلة بوصفي مريضًا؛ إذ تعرضت لسحب الدم بالطرق القديمة، وتجرعت وجبة الباريوم، وأجريت لي عملية منظار للقولون، وغذيت بأنبوب الأنف والوريد، وأجريت لي أكثر من عملية جراحية بتخدير كامل، حين ذاك علمت من هو الطبيب المتميز ومن هي الممرضة المتميزة، وبمجرد تخرجي في كلية الطب صارت الأمور مختلفة؛ فبالرغم من مثالياتي صرت أقل ميلًا إلى الجلوس

والإنصات، لكني كنت أحب عملي ومرضاي وأشعر نحوهم بالرأفة. لكن - وبمرور الوقت - تغيرت الأمور، وبالرغم من دراستي الآداب والفلسفة وموهبتي في اللسانيات والتفكير الصافي إلا أنني رأيت العاطفة والرأفة تتسربان من روحي، وجدتني أنصهر من ضغوط العمل ومن القلق على أحوالي المالية ومن زوجتي وأطفالي الخمسة الذين علي أن أرعاهم وأسعدهم، سئمت من عمل اللجان والمسؤوليات الإدارية، ثم صرت أقل رغبة في الإنصات وأقل قدرة على العناية بالمرضى، وبمجرد تقاعدي تغيرت الأمور مرة أخرى.

فجأة تلاشت مخاوفي المالية، فلدي مدخرات بدلًا من ديون، ترك أغلب أبنائي العش، توافر لي الوقت مرة أخرى، وصرت أعمل استشاريًّا مؤقتًا هنا وهناك. حينها شعرت بالمتعة في ألا أكون متفرغًا تمامًا للعمل، حين انتهى زمان اللجان والمسؤوليات الإدارية؛ فقط العمل في العيادة الخارجية وشيء من التدريس. صار باستطاعتي الجلوس والإنصات للمرضى وذويهم، فأحدث كل ذلك فرقًا كبيرًا. والآن لوعاد بي الزمان فهل سأكون غير ما كنت؟ إنني لست متاكدًا من ذلك، ولكن لتمنيت أن أكون أقل همًّا وقلقًا، ولكنت أكثر صبرًا مع مرضاي ومع نفسي. ولكن الأحوال الآن تغيرت تمامًا، ففي أيامنا وحين كنت طبيبًا يافعًا كنت أناوب مئة وثماني ساعات في الأسبوع، هذه الأيام لا تتعدى المناوبات ثمانين ساعة. وكاختصاصي في يومنا هذا لن تكون مناوباتي أكثر من واحدة كل أربعة أيام. فهل سيسهل علينا ذلك كله حب مرضانا؟ من كل قلبي آمل ذلك».

خلاصة المداخلات

يلخص المحرر زبدة المداخلات بأن هناك كثيرًا من الأطباء المتميزين، وعلينا رعايتهم ورفدهم، وعلينا إدراك أن الطبيب إذا أراد أن يكون متميزًا فعليه أولًا أن يكون إنسانًا جيدًا؛ زوجًا جيدًا وزميلًا جيدًا وسائقًا جيدًا على الطريق، وأن من السهل على الطبيب أن يكون جيدًا إذا أحب الناس وأحب مساعدتهم، وأن كل شيء يبدأ من حب الآخرين. إن الطبيب الجيد بخلاف المهندس الجيد أو المحاسب الجيد أو رجل الإطفاء الجيد، لا يقبل منه الأداء فوق المتوسط؛ إذ لا بد أن يكون متميزًا بصورة استثنائية. ويورد المحرر قول أحدهم بأن من المهم أن يجد الطبيب ممارسة الطب شيئًا مرحًا، جذابًا ومثيرًا، وقول الآخر بأننا لكي نحصل على الطبيب المتميز فعلينا اختيار الطلبة أصحاب المواهب والاستعداد، وليس اختيارهم بناء على النسبة التي يحرزونها في الاختبارات، ومن ثم علينا أن نجنبهم السخرية والاستهزاء في أثناء دراسة الطب.

إنني أتفق تمامًا مع ما ذهب إليه هؤلاء المتداخلون لا سيما من دعا إلى تجنب السخرية والاستهزاء بهم طلابًا؛ فقد رأيت بعض الزملاء من الأساتذة يسبون الطلبة وينعتونهم بأقذع الصفات؛ فإذا كان هولاء قدوة الطالب فيجب ألا نتوقع منه بعد التخرج إلا ما سمعه من أستاذه، والواجب ألا نعمم؛ لأن من يسب ويسخر من الطلبة قليل، ومن يوقرهم ويحترمهم كثير.

ونختم هذا الفصل بفقرة من كلام أبي الطب (أبقراط)، إذ يعدد بعض الصفات الحسية والأخلاقية للطبيب فيقول:

«وينبغي لمتعلم للطب أن يكون جيد الطبع، حديث السن، معتدل القامة، متناسب الأعضاء، جيد الفهم، حسن الحديث، صحيح الرأي عن المشورة، عفيفًا شجاعًا، غير محب للفضة، مالكًا لنفسه عند الغضب، ولا يكون بليدًا. وينبغي له أن يكون مشاركًا للعليل مشفقًا عليه، حافظًا للأسرار، وينبغي له أن يكون محتملًا للشتيمة؛ لأن قومًا يقابلونا بذلك. وينبغي له قص أظافر يديه ولا يتركها تعلو على أطراف أصابعه، وينبغي له أن تكون ثيابه بيضاء نقية لينة، ولا يكون في مشيه متعجلًا؛ لأن ذلك دليل على الطيش، ولا متباطئًا؛ لأنه يدل على فتور النفس. وإذا دعي إلى المريض فليقعد متربعًا، ويختبر منه حاله بسكون وتأنٍ، لا بقلقٍ واضطراب».

ويستطرد أبقراط فيقول: «إن الطب أشرف الصنائع كلها، إلا أن نقص فهم من ينتحلها صار سببًا في سلب الناس إياها؛ لأنه لم يوجد لها عيب غير جهل من يدعيها ممن ليس بأهل للتسمي بها، وينبغي لمن أراد تعلم صناعة الطب أن يكون ذا طبيعة جيدة مؤاتية، وحرص شديد، ورغبة تامة، وأفضل ذلك كله الطبيعة؛ لأنها إذا كانت مؤاتية فينبغي له أن يقبل على التعلم ولا يضجر؛ لينطبع في فكره ويثمر ثمارًا حسنة، مثل ما يرى في نبات الأرض. أما الطبيعة فمثل التربة، وأما منفعة التعليم فمثل الزرع، وأما تربته فمثل وقوع البذر في الأرض الجيدة»[32].

وبعد أيها القارئ، إني لأرجو أن يكون في سرد هذه الأقوال شيءٌ نتذكره ونحن نمارس المهنة، وأن يكون فيها أيضًا ما يستدعي الذاكرة من أمور مشابهة مرت بنا؛ وأن تخفف هذه اللمحات من رتابة الاستطراد في وصف الطبيب المتميز.

الفصل السابع
المهارات التي يجب أن يتقنها الطبيب كي يصبح متميزًا

تحويل حاجات الوقاية الحقيقية إلى حاجات ملحة هو تحد كبير للأطباء يحتاج إلى ابتداع وابتكار.

تمثل الفصول الستة الماضية الخلفية المعرفية والتوجهات في موضوع الطبيب المتميز، وسنتطرق في الفصول الأربعة الآتية إلى موضوع الممارسة المهنية والتي أساسها المهارات، ثم نعرض في ما تبقى من فصول للتوقعات، ونكون بذلك قد أكملنا منظومة المعرفة والممارسة والتوقعات، وهذه المنظومة تعرف بمختصر (KAPE knowledge, attitudes, practice & expectations) في اللغة الإنجليزية. لقد أحصيت أكثر من أربع وعشرين مهارة يحتاج الطبيب إلى اكتسابها وإتقانها قبل أن نطلق عليه صفة التميز، وصنفت هذه المهارات بحسب نوعها في مجموعات أربع كبيرة:

1. المهارات المهنية (وقائية، وعلاجية، وتأهيلية، وتعزيزية).
2. مهارات الطبيب العالم.
3. المهارات الشخصية.
4. مهارات مكملة لعمل الطبيب.

أرى أن المجموعتين: الأولى، والثانية، هي أهم المهارات التي ينبغي للطبيب التمكن فيها، ولكنني أخشى أن يُفهَم من كلمة (أهم) أنه يمكن الاستغناء عن المجموعتين الأخيرتين، أو القبول بمستوى أقل فيهما، ولكي أكون أكثر وضوحًا فإني أشبه المجموعتين: الأولى والثانية من المهارات بالعمود الفقري للممارسة الطبية، وأما المجموعتان الثالثة والرابعة فببقية الأعضاء، وبدهي أن العمود الفقري - بالرغم من أهميته - لا يكون مفيدًا بغير أعضاء الجسم الأخرى.

مهارات الطبيب المتميز المهنية

تناولنا في الفصل الرابع مفهوم المهنية في الطب: معنًى ومصطلحًا، وكيفية اكتسابها. وتعرضنا للتحديات التي تواجه الممارسة المهنية نتيجة التطورات السالبة في الأعوام الأخيرة، ثم ناقشنا ميثاق المهنية، ودعونا إلى ثقافة جديدة للمهنية. في هذا الفصل نتناول بالتفصيل المهارة الأولى للطبيب المتميز؛ وهي المهارة المهنية، والمكونة من مجموعة مهارات.

يمكن تقسيم هذه المهارات إلى مجموعات ثلاث:

1. مهارات الوقاية وتعزيز الصحة.
2. مهارات سريرية (مهارات المعالجة).
3. مهارات دقيقة (Microskills).

مهارات الوقاية وتعزيز الصحة

نقدم مهارات الوقاية على مهارات المعالجة؛ لنؤكد ما ذكرناه في الفصول السابقة من أن الأصل والهدف القديم الجديد للطب هو - كما قال الأولون - (حفظ الصحة إذا كانت موجودة، وردها إذا كانت مفقودة)، ومن يطلع على كتابات الأطباء العرب والمسلمين يلحظ اهتمامهم بالوقاية بالرغم من اشتغالهم بالعلاج، فها هو الطبيب أحمد بن محمد بن يحيى البلدي يُعنون كتابه في رعاية الأمومة والطفولة كتاب **تدبير الحبالى والأطفال والصبيان، وحفظ صحتهم، ومداواة الأمراض العارضة لهم**، انظر كيف قدم حفظ الصحة على مداواة الأمراض. وكان الصينيون في عهد من العهود لا يدفعون أجورًا إلى الأطباء إلا إذا كان المجتمع خاليًا من المرض، وكذلك اهتم الهدي الإسلامي بالوقاية أكثر من العلاج؛ ذلك لأن قواعد الطب الوقائي ثابتة وصالحة لكل زمان ومكان، في حين أن الطب العلاجي متغير بالاجتهاد والاكتشافات والتقنيات. وسنأتي على تفصيل الهدي الإسلامي في الصحة في فصل خاص؛ لأنه وقاية وعلاج روحي.

من أهم متطلبات التدريب على مهارات الوقاية التدرب في علم الإبدمولوجي (الوبائيات)، وتعاني كليات الطب في بلادنا نقص المتخصصين في هذه المادة، حيث إن أغلب هؤلاء يهاجرون من أجل العمل في البلاد التي تثمن التدريب في هذه المادة التي هي أساس التعلم في الأمراض: انتشارها، ومسبباتها.

يزعم بعض الكتاب الغربيين أن الطب الوقائي ولد في القرن الثامن عشر، ويذكرون الجراح جيمس لند (1716- 1794م) الذي أوصى بتناول الخضراوات الطازجة والفواكه للوقاية من داء الإسقربوط (نقص فيتامين ج) (Vitamin C)، ويذكرون إدوارد جنر (1749 ـ 1823م) الذي اكتشف لقاح الجدري في عام 1796م، وغيرهم كثير. ولكن الطب الوقائي - في حقيقة الأمر - لم يولد في القرن الثامن عشر، بل قبل ذلك بمئات السنين، إذ إن كتابات الأطباء المسلمين قبل أكثر من ألف عام تحفل بالعديد مما يمكن أن يعد ميلادًا للطب الوقائي، فمفهوم الحجر الصحي - مثلًا - كان منشؤه الحديث المروي عن الرسول الكريم ﷺ: «إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها، وإذا وقع بأرض وأنتم فيها فلا تخرجوا منها »*، وقديمًا قال الرازي: «إن أسمى ألوان الطب هو ما كان للوقاية ».

وقبل أن نُفَصِّل في مهارات الوقاية نبدأ بتقرير حقيقة مهمة، وهي أن الوقاية وتدابيرها حاجة حقيقية للأفراد والمجتمعات والدول، ولكنها ليست حاجة ملحة كالطب العلاجي ولا سيما للأفراد. ودعونا نضرب مثلًا لتوضيح ذلك؛ فلو أن طفلًا ما أصيب بحمى وطفح جلدي، فإن الأم تسارع به إلى الطبيب من أجل تشخيص المرض وعلاجه، وقد يتضح أن سبب الحمى والطفح الجلدي هو الحصبة، وهي مرض يمكن الوقاية منه بالتطعيم، ولأن التطعيم تدبير وقائي في حال الصحة فإن الأم لم تشعر بالحاجة الملحة إليه بالرغم من أنه حاجة حقيقية. تحويل حاجات الوقاية الحقيقية إلى حاجات ملحة هو تحد كبير

* أخرجه البخاري (رقم5728) مسلم (رقم2218).

للأطباء يحتاج إلى ابتداع وابتكار، وهي مهارات لا غنى للطبيب عنها، ولا بد للطبيب من خلال معرفته الشاملة لمجتمعه المحلي من أن يحاول ابتكار الطرق والأساليب التي تمكنه من جعل الناس يهرولون إلى الوقاية علاوة على إقناعهم بأهميتها، فوضع القوانين للتطعيم وربطها بالحصول على شهادة الميلاد - مثلًا - ابتكار أجبر الناس على الحرص عليها. لقد ابتكر التربوي البرازيلي المشهور باولو فريري نظرية (إيقاظ الناس لحقوقهم) (Conscientization)، وسخرها لجعل التعليم أداة للحرية، وطبقها بعض اختصاصيي الأطفال لتعزيز الرضاعة الطبيعية[33].

أطباء الأطفال يحتاجون إلى إتقان مهارات الوقاية، فبدل انتظار حالات الإسهال المتقدمة - مثلًا - والتي تؤدي إلى الجفاف والموت؛ بدل انتظارها في المستشفى يمكن للأطباء الخروج للمجتمع بهدف ترويج استخدام محاليل الإرواء بالفم، والتي تقضي على الإسهال في وقت مبكر، وتمنع مضاعفاته. والأمر نفسه ينطبق على الجراح الذي يجب أن يمارس مهارات الوقاية في كثير من الأمراض التي تستدعي التدخل الجراحي مثل المرض العداري الكبدي. وكثير من أمراض العيون يمكن الوقاية منها كالتراخوما وغيرها، وبإمكان اختصاصيي العيون الخروج للمجتمع، والمشاركة في حملات استئصال هذه الأمراض، وكل طبيب في أي اختصاص يمكنه فعل الشيء نفسه إذا امتلك المعلومات والمهارات التي تمكنه من ذلك. وسبق أن ذكرنا أن بعض من خرج من الاختصاصيين من أسوار المستشفيات للعمل الوقائي المجتمعي وجدوا ذلك مفيدًا لتخصصاتهم وللناس.

للوقاية ثلاثة مستويات تمثل ما يسمى الرعاية الاستباقية (Anticiatory care)، المستوى الأول (Primary Prevention) :ويعني تدارك المرض قبل وقوعه، وذلك يحتاج إلى مهارات التطعيم في الأمراض التي يمكن الوقاية منها عن طريق التطعيم. المستوى الثاني للوقاية (Secondary Prevention): ويعنى باكتشاف المرض وتدبيره مبكرًا، ويحتاج ذلك إلى مهارات ما يسمى الفرز (Screening)، وينطبق هذا على كثير من الأمراض في أغلب التخصصات الطبية، وهناك طرق وأساليب عديدة لإجراء الفرز على الطبيب أن يتقن منها في ما يتعلق بتخصصه. أما المستوى الثالث للوقاية (Tertiary Prevention) فيتمثل في معالجة المرض قبل استفحاله؛ لمنع المضاعفات. لممارسة مستويات الرعاية الاستباقية كلها يجب على الطبيب، أيًّا كان تخصصه، أن يتقن المهارات اللازمة لتحقيق الوقاية، ولا شك في أن مهارات الوقاية في المستويات كلها تحتاج إلى تدريب لاكتسابها، وهنا نوجه النداء لكليات الطب والكليات الصحية أن تعطي مساحة مناسبة في مناهجها لجعل الطبيب مؤهلًا لممارسة الوقاية. كثير من مهارات الوقاية قد تكون مهارات سريرية، فإذا كانت الممرضات يدربن لإعطاء اللقاحات والتطعيمات فمن باب أولى أن يكون الطبيب قادرًا على فعل ذلك؛ لأن الممرضة قد لا تكون موجودة دائمًا، أو لأن الإجراء يحتاج إلى مهارة الطبيب، أو لأن الطبيب بوصفه قائدًا للفريق الصحي هو الذي يدرب الممرضات والفئات الأخرى على هذه المهارات.

يدخل في مهارات الوقاية كل ما هو ضروري لممارسة الرعاية الاستباقية (Anticipatory Care) والطب المستقبلي (Prospective Medicine)، ففهم متابعة

نمو الطفل وإتقانه عن طريق بطاقة أو منحنى النمو - مثلًا - مهارة يحتاجها اختصاصي الأطفال واختصاصي طب الأسرة، ومثل ذلك كثير مما يحتاجه أصحاب التخصصات الأخرى. وهناك مهارة وقائية أخرى يحتاج إليها الأطباء في التخصصات كلها وهي ما يسمى تدبير المخاطر (Risk Managment). لأغلب الأمراض ـ لا سيما غير السارية ـ عوامل خطورة؛ فأمراض القلب والسكري وارتفاع ضغط الدم وغيرها تسبقها مؤشرات، مثل: التاريخ الأسري، والعمر، والتدخين مثلًا، وعلى الطبيب أن يتقن التعامل مع هذه العوامل كلها في الوقت المناسب وقبل فوات الأوان؛ لأن التدبير الجيد لعوامل الخطورة ربما يمنع حدوث المرض، أو على الأقل يؤجل حدوث مضاعفاته. ولا بد من الإشارة إلى أن الأمراض غير السارية (Non-communicable diseases) ؛ والتي يسميها بعضهم أمراض الحضارة أو أمراض الرفاهية، بلغت معدلات عالية في كثير من بلادنا. فأمراض السكري وارتفاع ضغط الدم وتصلب الشرايين وأمراض القلب تصيب - تقريبًا - ثلث السكان في بعض البلاد العربية، وهي لم تعد أمراضًا تصيب المترفين، بل انتشرت وسط الطبقات المتوسطة والفقيرة.

مهارات التثقيف الصحي

من حق الصحيح والمريض على الطبيب أن يرفع وعيهم الصحي، فالكل بحاجة إلى التوعية الصحية صغارًا وكبارًا، رجالًا ونساءً، أميين ومتعلمين. يهدف التثقيف الصحي إلى إعطاء المعلومة الصحية، ولكن غايته النهائية هي تغيير السلوك؛ إذ إن الأمراض - أغلبها -تحدث بسبب السلوك غير الصحي،

بما في ذلك الأمراض الوراثية التي قد يظن بعض الناس أن لا علاقة لها بالسلوك، فهي ترتبط بصورة أو أخرى بالسلوك الإنساني في اختيار شريك الحياة الذي قد يكون في أسلافه أمراض وراثية تنتقل تلقائيًّا إلى عقبه. يعد التثقيف الصحي الهادف من أهم وسائل الارتقاء بالمستوى الصحي للفرد والمجتمع، وهو عنصر مهم يدخل في عناصر الرعاية الصحية الأولية جميعها.

يختلف الناس في احتياجاتهم الصحية كما يختلفون في قدراتهم على الاستيعاب؛ ولهذا فهم يحتاجون إلى وسائل مختلفة للتثقيف الصحي. على الطبيب أن يتقن مهارات التثقيف الصحي الموجه لهذه الفئات المختلفة كلها، ومما يؤسف عليه أن الأطباء - في كثير من الأحيان - لا يمارسون التثقيف الصحي بتاتًا، أو لا يمارسونه بالصورة الصحيحة أو الكافية. هناك أسباب أربعة محتملة لهذا الواقع: أولها وأهمها أن الأطباء لا يتلقون تدريبًا على مهارات التثقيف الصحي، أو أن تدريبهم ليس كافيًا على هذه المهارات، ومنها مهارات التواصل، ولا بد أن نستدرك هنا أن الأجيال الجديدة من طلبة الطب لن يكون لها عذر في ترك التثقيف الصحي؛ لأن مهارات التواصل أدخلت في أغلب مقررات كليات الطب الحديثة. السبب الثاني لعدم ممارسة الأطباء التثقيف الصحي هو قلة استشعارهم أهميته، والأرجح أن ذلك بسبب عدم التدريب، ويعتذر بعض الأطباء بأنهم لا يجدون الوقت الكافي لتثقيف مرضاهم؛ لأن صفوفًا طويلة منهم تنتظر دورها في الدخول عليهم؛ كونهم مشغولين بالتشخيص ووصف الدواء. وأرى أن هذا العذر غير مقبول؛ لأن الأخلاقيات المهنية تحتم على الطبيب ألا ينتقص من شمولية العناية بالمريض. والسبب

الرابع لعدم ممارسة الأطباء التثقيف الصحي هو رؤية بعضهم أن هناك فئة من أعضاء الفريق الصحي متخصصة في التثقيف الصحي للمرضى والمراجعين ولا داعي أن يقوموا هم بذلك، وبالرغم من قناعتنا بأهمية وجود هذه الفئة من العاملين الصحيين إلا أننا نعتقد أنها لا تغني عن التثقيف الصحي المباشر من الطبيب لمريضه أو مراجعيه الأصحاء، ولم تغنِ من قبل، ولن تغني في ما بعد. فالطبيب المعالج أدعى بأن يُسْتَمَعَ إليه ويُلْتَزم بنصائحه لمنع المرض الذي يعانيه المريض أو تخفيفه، على أن لفئة المثقفين الصحيين دورًا مهمًّا في التوعية الصحية الجماعية أو المرتبطة بمشكلات صحية خاصة.

للتثقيف الصحي طرق ووسائل، منها الحوار المباشر مع المريض، ومنها المناقشة الجماعية والندوات والمحاضرات ووسائل الإعلام المختلفة، وفي السنوات الماضية انفتحت قنوات أخرى، أهمها وسائل التواصل الاجتماعي: كالفيسبوك، وتويتر، والواتس آب، وغيرها. ولا شك في أن كل واحدة من هذه الطرق والوسائل تحتاج إلى مهارات معينة على الطبيب أن يتقنها ليكمل رسالته في الرعاية الصحية. كما أن على الطبيب أن يكتسب مهارات تخطيط برامج التثقيف الصحي وإدارتها وتقييمها، وقد يتعرض الطبيب المعاصر للتدريب في هذه المهارات، ولكن حتى إذا لم يتسع منهج بكالوريوس الطب أو الدراسات العليا لهذه المهارات فبإمكانه اكتسابها بالتعلم الذاتي. وما أكثر الدورات وبرامج التعليم الطبي المستمر التي تخصص لمثل هذه المهارات!

مجالات التثقيف الصحي - غير ما يوجه للمرضى والمراجعين - كثيرة، فمنها التثقيف الصحي العام، والتثقيف الصحي المدرسي والغذائي، وللطبيب

دور في كلٍ منها. طرق التثقيف الصحي تتضمن: المناقشة الفردية والجماعية، والتشاور، والندوات والمحاضرات، والتمثيل، والألعاب، ووسائل الإعلام، والأسابيع الصحية، والمعارض. وللطبيب أيضًا دورٌ في هذه الموضوعات كلها حتى لو اقتصر على تدريب الآخرين. ويحتاج الطبيب إلى أن يحسن التخطيط والإدارة لبرامج التثقيف الصحي، ومن ثم تنفيذها وتقييمها. وقبل ذلك كله يجب أن يكون الطبيب القدوة لمن يعلّم، فلا ينبغي للطبيب أن يدخن وينهى عن التدخين، أو أن يكون بدينًا ويدعو الناس إلى إنقاص أوزانهم، أو أن تستخدم الطبيبة الرضاعة لتغذية طفلها وتنصح الأمهات بالحرص على الرضاعة الطبيعية.

مهارات تعزيز الصحة

تعزيز الصحة مفهوم جديد نسبيًّا انبثق عمّا سمي (ميثاق أتوا) في العام 1986م. وكونه مفهومًا جديدًا نسبيًّا لا ينفي أنه - ربما يكون - إعادة اكتشاف لمفهوم قديم يمكن البحث عنه في كتب الأولين التي تعج بالكثير من المفاهيم المرتبطة بصحة الإنسان. عقد مؤتمر أتوا استجابة للحاجة إلى حركة صحة عامة جديدة تعم العالم أجمع، ويعرف (ميثاق أتوا) تعزيز الصحة بأنها عملية تمكين الناس من التحكم في صحتهم وتحسينها؛ لأنها تشكل معين الحياة اليومية[34]. يقول الدكتور زهير السباعي في كتابه القيم الرعاية الصحية: نظرة مستقبلية: «إن تعزيز الصحة أمر سهل ممتنع، هدفه مساعدة الناس على تبني أسلوب صحي في الحياة في: مطعمهم، ومشربهم، وسكنهم؛ في الماء الذي

يشربون، والهواء الذي يتنفسون، وفي عوامل البيئة المحيطة بهم. ليس ذلك فحسب، وإنما أيضًا في تعاملهم مع الحياة والناس»[35].

ويعدد الميثاق متطلبات الصحة، وأغلبها خارج القطاع الصحي ومنها: السلام (الأمن)، والمأوى، والتعليم، والغذاء، والدخل، والتوازن الإحيائي، والموارد المستدامة، والعدل الاجتماعي. وربما يقول قائل: وما للطبيب بما هو خارج القطاع الصحي؟ والإجابة على ذلك بسيطة، فنحن نتوقع من الطبيب أن يكون ممن يحشد الدعم لمفهوم تعزيز الصحة وممارستها بالوسائل المتاحة كلها، لا سيما وأن الطبيب يتمتع باحترام المجتمع ومنظماته، والباب مفتوح له حينما يدق، ونتوقع من الطبيب أيضًا أن يشارك في عملية التمكين التي أشرنا إليها، والتي تحتاج إلى تحقيق العدالة في الخدمات الصحية المتضمنة البيئة الداعمة، والحصول على المعلومات الضرورية والمهارات الحياتية، وفرص العيش الصحي، ومعلوم أنه لن يكون بمقدور الناس الحصول على الصحة إذا لم يتمكنوا من التحكم في كل ما يؤثر في صحتهم. كل الذي ذكرناه في السطور السابقة يتطلب مهارات تمكن الطبيب من الوفاء بدوره في تعزيز صحة الأفراد والمجتمعات، ومن ذلك أن يلعب دورًا أشبه بدور السياسي، وليس هذا بالأمر الصعب أو المستغرب، فالطبيب - مثلما أسلفنا - من قادة المجتمع أو هكذا يجب أن يكون، وبهذا الفهم يجب ألا يظل الطبيب حبيسًا بين جدران المستشفيات، بل عليه استيعاب دوره المجتمعي، والتدرب عليه، ثم القيام به.

وصفة العافية

مع بداية القرن الواحد والعشرين امتدت آفاق علوم الطب لتشمل أبعادًا جديدة؛ منها ما سمي (علم نمط الحياة) (Science of Lifestyle)، ويعد التعرف والتدرب على هذا العلم من مكملات عمل الطبيب أيًّا كان تخصصه، ومن ثمراته وصفة إضافية للمريض والصحيح معًا، وصفة زهيدة الثمن وخالية من الأعراض الجانبية، وقد سمى البروفيسور الأمريكي أنتوني فوتورو من جامعة أريزونا هذه الوصفة (وصفة العافية)[36].

كثيرًا ما يتجاهل الأطباء (وصفة العافية) التي تتطلب من الطبيب وأعضاء الفريق الصحي أن يتبنوا إستراتيجية لتعزيز (العافية) تساعد المريض على بلوغها؛ على أن تضمّن هذه الإستراتيجية في وصفة العلاج النهائية. يصف لنا الدكتور فوتورو ما يجب أن تتضمنه وصفة العافية:

1. **أولًا**: تعزيز اللياقة البدنية، ويتطلب ذلك نية صادقة من المريض، وإرادة والتزامًا ومثابرة، وربما كانت رياضة المشي أهم نشاط لتعزيز اللياقة البدنية.
2. **ثانيًا**: اتباع نظام غذائي صحي باختيار الوجبة الملائمة المعتمدة على العناصر الطبيعية.
3. **ثالثًا**: التعامل مع الضغوط التي أصبحت ظاهرة في المجتمعات الحديثة، وذلك بالبعد عن السلوك غير الصحي؛ كالتدخين

والكحول، وأيضًا بالاستجمام وتقليل المكالمات الهاتفية وعدم الإجهاد في العمل.

4. **رابعًا:** تقوية العلاقات والصداقات، والمشاركة في العمل التطوعي، ومساعدة المحتاجين، وممارسة الهوايات التي يلتقي فيها الأصدقاء.
5. **وأخيرًا التوازن الروحي**، بغض النظر عن معتقدات الطبيب أو ديانته، فيمكنه أن ينقل لمريضه أهمية قيم حب الآخرين والتسامح والجمال والرحمة.

تشكل عناصر (وصفة العافية) هذه مكونًا علاجيًّا ووقائيًّا يمكن أن يضاف إلى مهارات المعالجة لدى الطبيب، وقد تم تجريب هذه الوصفة بنجاح في بعض المنتجعات الصحية في الولايات المتحدة.

برز في الآونة الأخيرة مفهوم (محو الأمية الصحية) (Health Literacy)، ويسميه بعض الناس (التعلمية الصحية)، وهو أحد مناشط تعزيز الصحة، بل هو أحد أهداف الصحة العامة. يُعْنى مفهوم محو الأمية الصحية بالنتائج المترتبة على عملية التثقيف الصحي، وبهذا الفهم يكون التثقيف الصحي موجهًا لتحسين محو الأمية الصحية، ولا يقتصر هذا التحسين على تمليك المعلومات الصحية للأصحاء والمرضى، ولا على اكتساب المهارات التي تمكنهم من استيعاب المادة التثقيفية. إن تسهيل الحصول على المعلومات الصحية والاستفادة منها تعد أمورًا لازمة لمفهوم التمكين[37]، ولا بد للطبيب من أن يتابع المستجدات في (محو الامية الصحية) حتى تكتمل مهاراته في الوقاية.

ربما يكون من المفيد أن نختم هذا الفصل بتوصيات المؤتمر السعودي الأول والخليجي الرابع واللقاء العلمي التاسع للجمعية السعودية لطب الأسرة والمجتمع، والتي تؤكد على ما ذهبنا إليه في الصفحات السابقة:

1. **أولًا:** اعتماد تعزيز الصحة كهدف استراتيجي للسياسات الصحية في القطاعات كلها، من خدمات صحية وتعليم وصحة بيئة، على أن تتضمن هذه السياسات النظم والبنى التحتية والمؤسسات، ووضع خطط لبناء القدرات، والعمل على تطوير مهارات العاملين في مجال تعزيز الصحة.
2. **ثانيًا:** العمل على توجيه القطاع الصحي لوضع تعزيز الصحة بحسبانها أولوية، والاهتمام بالأمراض المعدية وغير المعدية من أجل الإسهام في خفض المراضة والوفيات والإعاقة .
3. **ثالثًا:** وضع إستراتيجية واضحة المعالم والرؤى والأهداف، تكون مرتبطة بفترة زمنية محددة وبميزانية مقدرة، تعمل على تعزيز الصحة عن طريق تعميق مفهوم الشراكة، ووضع الصياغة النهائية للإستراتيجة الموحدة والخطة الزمنية المطلوبة؛ لتنفيذها، ومن ثم توزيعها على أقطار المنطقة من أجل تطبيقها مع الأخذ في الحسبان الخطط الوطنية.
4. **رابعًا:** رصد الميزانيات والإمكانات لضمان توافر الدعم التقني والعلمي واستدامته بالخبرات العلمية في مجال تعزيز الصحة، ودعم المبادرات البحثية من أجل بناء قاعدة معطيات علمية.

5. **خامسًا:** العمل مع الجهات والمنظمات المعنية على إنشاء هيئة وطنية لتعزيز الصحة، ويناط بهذه الهيئة: وضع السياسات والإستراتيجيات، ومتابعة تنفيذ برامج تعزيز الصحة، وإنشاء الأنظمة والبنى التحتية المطلوبة، وإلزام المؤسسات الصحية والعاملين بها بممارسة تعزيز الصحة في أثناء عملهم اليومي.
6. **سادسًا:** استحداث وظائف للعاملين في تعزيز الصحة من: فنيين، وأختصاصيين، واستشاريين مؤهلين تأهيلًا كاملًا ضمن الكادر الصحي.
7. **سابعًا:** دعم برنامج المدارس المعززة للصحة والحفاظ على نجاحاتها، وكذلك المؤسسات الأخرى المعززة للصحة؛ لتعمل بفاعلية على تعديل السلوك وتعزيز الصحة في المنطقة.
8. **ثامنًا:** تعزيز علاقة وثيقة وتكامل مع القطاعات الحكومية، ومع المجتمع المدني والتخصصات ذات الصلة مثل: الإعلام، والصحة العامة، والتمريض، وصحة البيئة، والعلوم الاجتماعية، والدراسات التنموية، والتربية والتعليم؛ لتسهم عمليًّا في مجال تعزيز الصحة.
9. **تاسعًا:** تمكين الأفراد والمجتمعات من تحسين صحتهم بالاستثمار في قيم المجتمع السائدة وأعرافه، والاستفادة من الهدي الإسلامي في تعزيز الصحة، ويتضمن ذلك تعميق مفهوم الشراكة لإحداث الحراك المجتمعي من أجل تعزيز الصحة.
10. **عاشرًا:** التأكيد على تقنين الإعلام الصحي بأشكاله كلها، وتنظيمه ودعمه، وحث العاملين في الحقل الصحي لا سيما أصحاب

الاختصاص على تعزيز الصحة بالتعاون مع الوسائل الإعلامية؛ للمشاركة في نشر ثقافة هادفة لتعزيز الصحة، وإقامة قنوات صحية تحت إشراف متخصصين في تعزيز الصحة، والعمل على ترشيد الإعلانات، وحماية المجتمع من الإعلانات المضللة.

11. **حادي عشر**: تبني المناهج المبنية على تعزيز الصحة واعتمادها في الجامعات والمؤسسات العلمية، وإدماج تعزيز الصحة في المقررات الطبية جميعها.

12. **وأخيرًا استمرار التواصل والإفادة من التنظيمات العالمية**، كالاتحاد الدولي لتعزيز الصحة، ومنظمة الصحة العالمية في تنظيم مؤتمر دوري كل سنتين؛ للتوعية بأنشطة تعزيز الصحة وتطويرها[38].

الفصل الثامن
المهارات السريرية

إن توقعات المريض من مقابلة الطبيب أكثر من الحصول على وصفة أو تخفيف أعراض المرض.

لعلنا لا نتجاوز الحقيقة إن قلنا إن احترام الطبيب في أغلب المجتمعات، لا سيما في ما يسمى بالبلاد النامية، يعتمد على قدراته على المعالجة، ولسنا بصدد القبول أو التحفظ على هذه الحقيقة، فقط أوردناها لنؤكد على أهمية المهارات السريرية للطبيب، وقد سبق القول بأن الطب العلاجي يمثل حاجة ملحة للناس، فإذا أفلح الطبيب في المعالجة فإن ذلك يكون سببًا في احترامه. إن تميز الطبيب في قدرات الوقاية ومهاراتها لا يقل عن تميزه في مهارات المعالجة، وعليه تجويدهما وتقديمهما في طبق واحد.

ربما يكون اتخاذ القرارات السريرية المنطقية (Clinical Reasoning) هو أهم المهارات السريرية، وتتطلب هذه المهارة استصحاب المعرفة الطبية وما وراء المعرفة (Metacognition)، وتمثل جماع عمليات التفكير ثم اتخاذ القرارات الطبية السليمة، ولا سيما في الحالات التي يغلب عليها عدم اليقين،

وتتطلب هذه المهارة ما يسمى المهارات المصاحبة (Metaskills)، وسنأتي إلى تفصيل هذا في فصل لاحق.

تتكون المهارات السريرية من: مقابلة المريض أو الاستشارة الطبية (Interview Patient)، والتشخيص، ووصف العلاج، ثم طمأنة المريض ومتابعته. أهم هذه المكونات الاستشارة الطبية؛ لأنها تسهل ممارسة بقية المهارات السريرية، وقبل التفصيل في هذه المهارة أذكر القارئ الكريم مرة ثانية بمقولة السير وليام أوسلر: (الطبيب الجيد يعالج المرض، ولكن الطبيب المتمكن يعالج الإنسان المريض)، وإذا وضع الطبيب هذه المقولة نصب عينيه فسيكون طبيبًا متميزًا. تعد الاستشارة الطبية أكثر ما يمارسه الطبيب، حيث يجري الطبيب أكثر من مئة الف مقابلة طبية خلال حياته المهنية، وتمثل عماد العلاقة بين الطبيب والمريض. تعرف الاستشارة الطبية بأنها (الاستخدام الحكيم للمعرفة ومهارات التواصل والمهارات التقنية واتخاذ القرارات السريرية الراشدة، كما تتضمن القيم والمشاعر وانعكاسات ذلك كله في الممارسة اليومية لخير المريض أو المجتمع)[39].

إن توقعات المريض من المقابلة أكثر من الحصول على وصفة طبية أو تخفيف أعراضه، فهو يتوقع من الطبيب: التفهم، والتعاطف (Empathy)، والتوضيح، ثم الدعم. يركز النموذج الغالب للمقابلة الطبية (ويسمى النموذج البيولوجي) (Biological Model) على الفسيولوجيا المرضية، ولا يتصدى للأبعاد النفسية والسلوكية والاجتماعية والاقتصادية للمرض. ولنتوقف هنا قليلًا لتوضيح أمر مهم مرتبط بنوعية المقابلة وهو التفريق بين المرض والعلة

(Disease and illness)، فالأول يعني انقطاع الوظيفة البيولوجية أو اضطرابها، ويمكن التثبت منه بالتشخيص السريري والمجهري أو الفحوص المخبرية وغيرها. أما العلّة فهي تتعلق بالشعور بالمرض؛ ولذا فقد يكون الإنسان مصابًا بالمرض دون علّة، كما هو الحال لدى مريض ارتفاع ضغط الدم الشرياني والذي سمي لهذا السبب (القاتل الصامت)؛ لأن المريض قد لا يشعر به. وبالمقابل فإن الإنسان يمكن أن يشكو علّة من دون مرض، كالمريض الموهوم. وبناءً عليه يجب على الطبيب عند إجراء المقابلة الطبية التفريق بين المرض والعلّة.

يتدرب أغلب الأطباء على النموذج البيولوجي للمقابلة الطبية، فهم يركزون على استنباط أعراض المرض، مما يجعل الطبيب محور المقابلة والمتحكم فيها (Clinician Centered)، غير أن هذا النموذج يهمل هموم المريض، ويؤدي في النهاية إلى المعالجة (Cure) وليس الشفاء (Healing). المعالجة تكون بالعقاقير أو الجراحات، أما الشفاء فيكون بالكلمات والعلاقة التي تزيل هموم المريض وأوهامه. إن النموذج المقابل والمستحب هو المقابلة التي يكون محورها المريض (Patient-centered interviewing)، ويتم عن طريقها تبادل المعلومات بين الطبيب والمريض، ويُهتَم فيها بالجوانب النفسية والاجتماعية، وتشمل المرض والعلّة معًا، وتؤدي في النهاية إلى المعالجة والشفاء معًا. يستطيع الطبيب المتمكن عن طريق مهارة المقابلة التي يكون محورها المريض أن يعطي المريض فرصة التعبير عما يعده مهمًّا في مرضه، ويُهتَم فيها بمشاعره ويتجنب التركيز على الأعراض فقط، ومثل هذه المقابلة تؤدي إلى رضا المريض والطبيب معًا. يركز التدريب الطبي الحديث على

ما يمكن أن يسمى المقابلة الطبية المبنية على البرهان (Evidence-based interview)، والخطوة الأولى في مثل هذه المقابلة تحية المريض باسمه، وتقديم الطبيب نفسه، وتوفير الخصوصية والراحة للمريض مع إزالة حواجز التواصل كلها، ثم يتبع ذلك إعطاء المريض الوقت الكافي لطرح أعراضه، ثم يلخصها الطبيب. ولا بد أن يراعى في المقابلة التسلسل في وصف الأعراض، بما في ذلك التاريخ الاجتماعي والأسري للأعراض، ومن ثم فحص المريض حيث تنتهي بذلك المقابلة الطبية . يقول الرازي: «ومن أبلغ الأشياء فيما يُحتاج إليه في علاج الأمراض بعد معرفته الكاملة بالصناعة، حسن مساءلة العليل (انظر استخدامه مصطلح العليل وليس المريض) وأبلغ من ذلك لزوم الطبيب العليل، وملاحظته أحواله، ومن ذلك أنه ليس كل عليل يحسن أن يعبر عن نفسه». وعن أهمية سؤال المريض يقول: «ينبغي للطبيب ألا يدع مساءلة المريض عن كل ما يمكن أن تتولد عنه علته»[40].

ليعلم الأطباء أن ممارسة الطب يجب ألا تشبه الحوسبة (Computation)، وإنما يجب أن تشبه ما يمكن أن يسمى (الاستقصاء الاجتماعي) (Social Investigation)، وليعلم الأطباء أن الوصول إلى التشخيص الصحيح لا يعني التميز أو نهاية مسؤولية الطبيب. ويضرب أحد حكماء الأطباء مثلًا لذلك بأن النجاح في تشخيص حالة قصور القلب الاحتقاني (الفشل القلبي) أقل أهمية من استقصاء الوضع النفسي والاجتماعي لبيت المريض، والذي يجب أن يدخل في أي معادلة ناجحة للعلاج[41].

"Correctly diagnosing a patient's congestive heart faluire maybe less important than elucidating the psychosocial features of the patient's home life that must be addressed by any successful treatment regimen."

من أفضل ما كتب عن الاستشارة الطبية باللغة العربية مؤلَّف الدكتورة فايزة الريس بعنوان الأسس العلمية للاستشارة الطبية، ومما يدعم مقابلة المريض ما جاء في هذا المؤلف القيم، وسمته المؤلفة (الوصايا العشر لتطوير تقنيات التواصل وبناء علاقة جيدة مع المريض)، ونقتطف منها:

1. مصافحة المريض حين دخوله وحين مغادرته العيادة.
2. تبني طريقة جلوس الطبيب التي تعبر عن: الحيوية، والترحاب، والاهتمام، واحترام المريض.
3. المراقبة الذاتية لإيماءات الجسم، وتعبيرات الوجه، والمؤثرات الصوتية الصادرة من الطبيب في أثناء الاستشارة.
4. المراقبة الذاتية لطريقة طرح الأسئلة على المريض.
5. استعمال النظر والملامسة بشكل مناسب.
6. مراقبة اللغة اللفظية وغير اللفظية الصادرة من المريض[42].

سنأتي على مزيد من التفاصيل المتعلقة بالاستشارة الطبية حين نناقش مهارة طمأنة المريض؛ ذلك أن الطمأنة الناجحة للمريض تبدأ بالمقابلة الطبية الناجحة.

مهارات التشخيص

لم يعد الوصول إلى التشخيص الصحيح في أيامنا هذه أمرًا صعبًا مثلما في الماضي، فقد كثرت معينات التشخيص من تقنيات واكتشافات، غير أن أساتذتنا الحكماء علمونا أن التميز في الطب هو التميز في ما يسمى بالحس السريري (Clinical sense)، الذي لا يعتمد على التقنيات أو إدخال المريض في دوامة الفحوص للوصول إلى التشخيص مما يضاعف قلق المريض وربما يؤخر شفاءه، علمنا أساتذتنا الأجلاء أن نحو (80 %) من الحالات - وبقدر من الثقة - يمكن للطبيب المتمكن أن يصل إلى تشخيص الحالة من التاريخ المرضي؛ أي من المقابلة الطبية، ثم تأكيد ذلك عن طريق الفحص بوسائله المتاحة كلها. تمثل الـ (20 %) المتبقية الحالات النادرة أو الحالات التي يكتنفها الغموض، وحين لا يؤشر التاريخ المرضي لتشخيص معين فإن ذلك يعنى تعريض المريض لسلسلة من الفحوص المخبرية وغير المخبرية، وكثير منها قد يسبب الألم للمريض، وهي ما يسمى الفحوص المخترقة (Invasive investigations)؛ أي التي تستخدم فيها المعدات التي تنفذ إلى جسم الإنسان مثل: أخذ العينات بالجراحة، والمناظير، أو القسطرة. الطبيب المتمكن لا يطلب إلى المريض إجراء فحوصات غير مبررة، وكل فحص يطلبه يجب أن يكون مبنيًّا على برهان.

بقدر أهمية الحس السريري تكون أهمية الخبرة والتجربة في التشخيص، فكلما داوم الطبيب على الممارسة واستفاد من تجارب الآخرين كان ناجحًا في مهارة التشخيص، ولأدلل على ذلك فإني أستحضر قصة واقعية حدثت معي وأنا طبيب حديث التخرج. ذهبت إلى العمل في مستشفى ناءٍ بأقصى شمال

السودان، وكنت الطبيب الوحيد في ذلك المستشفى، وكانت العادة أن يقوم الطبيب بمعاينة مرضاه في العيادة الخارجية، ويجلس معه المساعدون الطبيون يعاينون مرضاهم كما الطبيب، وذات يوم حضر إلى العيادة مريض يشكو الحمى، حسبت من التاريخ المرضي أنها ملاريا؛ لانتشارها في تلك الأصقاع، فوصفت علاج الملاريا للمريض، ولما استلم المريض الوصفة وهمّ بالخروج من العيادة همس لي المساعد الطبي الذي كان يرى مرضاه في طاولة مجاورة لي قال متسائلًا بلطف: «جنابك أليست هذه حالة حمى راجعة؟» (Relapsing fever)، فهرعت إلى المريض وهو يهم بمغادرة العيادة واستسمحته عذرًا أن أجري له فحص الدم للحمى الراجعة، وفعلًا أجريت الفحص بنفسي، ورأيت بعينيّ بكتيريا الحمى الراجعة (Borrelia recurrentis) تحت المجهر، فوصفت له علاجًا غير الذي وصفته ابتداء، وحين عدت إلى العيادة سألت المساعد الطبي: «كيف عرفت التشخيص؟ هل كنت تتابع التاريخ المرضي؟»، أجاب بلا، إذ كان هو يعالج مريضًا آخر، فقلت: «إذن كيف؟»، قال: «هؤلاء المرضى لهم رائحة خاصة»، قلت: «كيف عرفت هذا؟»، قال: «كنت أعمل في حدود السودان الشرقية حيث تنتشر هذه الحمى بين اللاجئين من الدول المجاورة، وكانت تميزهم هذه الرائحة». فشكرته على تنبيهي، وكان درسًا مفيدًا.

تجربة أخرى أسوقها للقارئ الكريم دليلًا على أهمية الخبرة والتجربة في الفحص البدني للوصول للتشخيص الصحيح. كنت على نهاية فترة الامتياز أعمل في مركز صحي بمدينة (ودمدني) عاصمة الجزيرة بالسودان، وكان اليوم المخصص لرعاية الحوامل، وكنت أيضًا الطبيب الوحيد، وحولي

زائرة صحية ومجموعة من القابلات القرويات في جلسة دائرية، تتابع هؤلاء القابلات القرويات النساء اللواتي يحضرن لما يسمى بكشف الحمل في المركز الصحي، وكان كل شيء يسير بصورة طبيعية، فالطبيب يجري الكشف على المرأة الحامل ومعها القابلة التي تتابعها ثم يصف الدواء ويقدم النصح، دخلت لأجري الكشف على إحدى النساء ومعي القابلة التي تتابعها بالمنزل، كانت هذه القابلة فوق الثمانين من عمرها، هي بت أم زين (بت تعني بنت مخففة في اللهجة السودانية)، امرأة وقورة وحكيمة، وكانت معروفة في مدينة (ودمدني)، حيث قامت بتوليد الآلاف من النساء على مر السنين، ولما فرغت من الكشف على المرأة الحامل عدت إلى الطاولة لأكتب لها وصفة حديد وأطمئنها أن كل شيء على ما يرام، وما إن أخذت المرأة الوصفة حتى همست بت أم زين في أذني بأدب جم - بالرغم من أنها كانت أسن من جدتي-: «جنابك أليست هذه رابعْ شكل؟».

وفور فراغها هرولت لألحق بالمرأة، فأدركتها عند باب العيادة وأعدتها على سرير الكشف، وفحصتها من جديد؛ هذه المرة بحذق واهتمام. فإذا بي أدرك أنها (رابع شكل)، رابع شكل بتعبير القابلات القرويات - وهن للعلم أميّات- تعني وضعًا غير طبيعي لنزول الرأس في حوض المرأة (Occipito-posterior Presentation)، وتمثل هذه الحالات خطورة عالية، وغالبًا ما تحتاج الحامل إلى عملية قيصرية، فعدت إلى الطاولة أكتب لها تحويلًا إلى المستشفى.

قابلات القرية في السودان، وأغلبهن أميّات، تحيلهن عبقرية التدريب إلى خبيرات في رعاية الحمل والتوليد، وهن عندي من عجائب السودان التي

لا ينتبه لها كثيرون، وقد سميتهن في كتاب ألفته عنهن أطباء السودان الحفاة: قصة نجاح بهرت العالم. قال أحد رؤساء الكلية الملكية لأطباء النساء والولادة البريطانيين يصف مدرسة القابلات الأميات بعد زيارته لها في العام 1936م: «إن ما رأيته في تلك المدرسة وما انتشر عنها من تأثير أعظم من أي شيء عرفته في الطب».

(The work of the school and the influence that spreads from it was, I felt, more appealing than anything I knew of in all medicine.)

وقال رئيسٌ آخر للكلية الملكية زار السودان في الأربعينيات: «إن مدرستهن جعلتني أشعر بالتواضع كمعلم»

.[43] (Their school made me feel humble as a teacher.)

إن الرسالة من القصتين اللتين أوردتهما هنا هي أنه لا غنى عن الخبرة والتجربة للوصول إلى التشخيص الصحيح ومن ثم العلاج الصحيح، والخبرة والتجربة تكتسبان بمداومة الممارسة السريرية، وملازمة أصحاب الخبرة والتجربة من أساتذة الطب والأطباء.

بحديثنا عن أهمية الحس السريري والخبرة فإننا لا نقلل من أهمية معينات التشخيص والتقنيات التي توفر زمن الطبيب والمريض، ونرى أنها من الفتوحات في الطب، وبعض هذه المعينات قد يستعمل في العلاج أيضًا كالقسطرة والمناظير، وهي بذلك تسخير يجب الإفادة منه دون المبالغة فيه. تحفظنا الوحيد ألا يعتمد الطبيب عليها كليًّا، ففي كثير من الأحيان يكون

التدخل التقني على حساب التفاهم والتفهيم للمريض، وربما يؤدي ذلك إلى العلاج وليس الشفاء. ومما يحسب على الاستخدام المفرط لتقنيات التشخيص ارتفاع تكلفة العلاج؛ الأمر الذي يقلل من فرص حصول المرضى الفقراء عليها، ويقوض قيمة العدل في الخدمة الصحية. ومن مخاطر الاعتماد الكلي على التقنية في التشخيص أن يؤدي إلى معالجات غير ضرورية، وإني لأذكر جملة حكيمة من أحد جراحي المخ والأعصاب البريطانيين المتميزين حين قال لمريض تم تشخيص حالته بالرنين المغناطيسي على أنها تضيق في القناة الفقرية (Spinal canal stenosis) أسفل الظهر وفي الرقبة، وكان المريض يعاني آلامًا في الفخذ، وضحت صورة الرنين المغناطيسي أن التضيق في الرقبة كان أكثر من التضيق أسفل الظهر، ولم يكن المريض يشكو من آلام في الرقبة أو الأعضاء العلوية، فقال الجراح للمريض: «نعم، التضيق كما وضحت الصور شديد في الرقبة، ولكننا لا نعالج صور الرنين المغناطيسي، بل نعالج أعراض المريض»، وأجرى العملية لتوسيع القناة في أسفل الظهر.

ولا بد من الإشارة هنا إلى أنه وبالرغم من تطور الطب ووسائل التشخيص والعلاج والإنفاق الفلكي على الخدمات الطبية؛ فإن معدلات الوفاة في الدول المتقدمة لم تتغير كثيرًا، وكذلك العمر المتوقع للحياة (Life Expectancy). تسبب ذلك في انتقاد كبير للطب والأطباء، وأثار كثيرًا من التساؤلات عن جدوى الإنفاق والكلفة (Cost effectiveness). ولا شك في أن ذلك كله كان بسبب خروج التقنية الطبية عن السيطرة وذهبت بالطب بعيدًا عن تعزيز الصحة، ورأى بعض هؤلاء أنه لا بد من وضع حدود للطب، بل ذهبت بعض الشركات في

الولايات المتحدة إلى تمويل المؤتمرات والندوات التي تدعو إلى وضع حدود للطب، ويروى عن المدير التنفيذي لشركة جنرال موترز أنه قال - غاضبًا - بأن شركته تنفق على التأمين الطبي للعاملين أكثر مما تنفق على شراء الصلب لصناعة السيارات، ويقول أحد المنتقدين بأننا وصلنا في الطب والبحث العلمي إلى الحد الأعلى في التأثير في الصحة (Health impact) وسمى هذا فشل النجاح (Failure of success) [44].

مهارات المعالجة

من حسنات الطب الحديث (Allopathic Medicine) توافر الكمّ الهائل من أساليب العلاج وتقنياته، وبقدر ما نظن أن ذلك نعمة فربما ينقلب نقمة. لقد كتبنا بإسهاب في الصفحات السابقة عن أهمية التشخيص الصحيح كونه يؤدي إلى المعالجة الناجعة، فإذا لم يكن التشخيص واضحًا فإن بعض الأطباء يصفون علاجًا افتراضيًّا (Presumptive or empirical treatment)، في هذه الحالة يميل الطبيب إلى إعطاء أدوية أكثر مما يحتاج إليه المريض، كمن يطلق عشر طلقات لتصيب إحداهن، ويسمى هذا في الأدبيات الطبية الإفراط الدوائي (Polypharmacy)، وله عواقب وخيمة على المريض وعلى الخدمات الصحية عمومًا. يمارس بعض الأطباء الإفراط الدوائي، ليس فقط في حالات التشخيص المبهم، ولكن أيضًا في معالجة كبار السن الذين يعانون أمراضًا مزمنة.

يعرف الإفراط الدوائي بأنه الاستخدام غير المرشد للدواء، وحدده بعضهم بأنه وصف خمسة أدوية أو أكثر للمريض، وقد لوحظ في السنوات الأخيرة تزايد معدلات انتشار الإفراط الدوائي في كثير من بلدان العالم، واتضح من دراسة أجريت في ولاية كارولاينا الجنوبية أن ثلث كبار السن - تقريبًا - يتناولون ستة أدوية أو أكثر، وأن 16% منهم توصف لهم أدوية غير ملائمة لحالاتهم[45].

وضحت دراسات أخرى ارتباطًا بين تزايد المضاعفات وعدد الأدوية المستخدمة للمريض، من هذه المضاعفات:

1. تفاعلات الأدوية فيما بينها، مما يؤدي إلى قلة فاعليتها أو إضرارها بالمريض.
2. كثرة الأدوية ربما يؤدي إلى عدم التزام المريض تناولها.
3. زيادة تكلفة الخدمات الصحية.

نجحت بعض البرامج في الولايات المتحدة في خفض الإفراط الدوائي، وبإمكان الطبيب أن يزيد من مهارته في هذا المجال بالاستفادة من تجارب هذه البرامج وغيرها، ولا شك في أن التركيز على موضوع الإفراط الدوائي في تدريب الأطباء سيقلل من هذه الممارسة. ومما يسبب الإفراط الدوائي المعالجة الذاتية، فكثير من المرضى يتناولون الأدوية غير الموصوفة لا سيما مسكنات الألم، هذا يتطلب أن ينصح الأطباء مرضاهم بالابتعاد عن تلك الأدوية إلا في حالة الضرورة القصوى، وليعلم الأطباء أن بعض الدراسات

وضحت أن خمس المرضى في مراكز غسيل الكُلى كان الفشل الكلوي لديهم ناتجًا عن الإفراط في تناول الأدوية المسكنة (Analgesic nephropathy). لنتذكر دائمًا أن هناك خيارات للمعالجة غير الدواء، ونكرر هنا مقولة الرازي: «مهما قدرت أن تعالج بالأغذية فلا تعالج بالأدوية، ومهما قدرت أن تعالج بدواءٍ مفرد فلا تعالج بدواءٍ مركب».

على الطبيب أن يلم بالأسس العلمية للاستشارة الطبية ويتقن مهاراتها، والمعلوم أن الاستشارة الطبية هي أساس الممارسة، وأي أعمال أخرى يقوم بها الطبيب تبدأ بالاستشارة الطبية. يقول الرازي في رسالته التوجيهية للطبيب: «واعلم أن المقابلة نصف العلاج».

علينا أن نتذكر أن ليس شرطًا أن تنتهي كل استشارة طبية بوصفة، فبعض الأمراض يحتاج فقط إلى علاج طبيعي، أو علاج نفساني، أو سلوكي، ولعل الذين يمارسون الطب البديل نجحوا في جذب كثير من المرضى؛ لأنهم يركزون على مثل هذه المعالجات. وحذار أن يصف الطبيب دواءً من غير مبرر، وينبغي للطبيب أن يلتزم بأخلاقيات كتابة الوصفة الطبية، وقد لاحظت خلال مسيرتي أن كثيرًا من الأطباء لا يناقشون ما يصفون من دواء للمريض، والواجب أن يشرح الطبيب للمريض مفعول الدواء وجرعته وآثاره الجانبية المحتملة؛ ولا سيما تلك الأدوية التي تحدث تغييرًا في لون الجسم أو البول، فتناول بعض الأدوية يؤدي إلى احمرار البول مثلًا، فإذا لم يعلم المريض ذلك فسيصاب بالرعب حين يتناول تلك الأدوية. ولا بد للطبيب أيضًا من أن يتعرف التاريخ الدوائي للمريض، والأمراض الأخري التي يعانيها، وإلا وصف

للمريض دواءً قد يكون كارثيًّا لحالة المريض؛ مثل وصف عقار يضر بالكلية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي.

بعض الأطباء يعالجون بالتجربة الشخصية غير المعتمدة على دليل علمي أو غير متفق عليها، ويرقى هذا إلى الجريمة في حقبة الطب المبني على البرهان، وقد فطن لذلك الرازي منذ عهد بعيد إذ قال: «أنا أنهى جميع من استشارني في صناعة الطب أن يعالج بالتجربة»، المعالجة بالتجربة هي معالجة بالتجربة والخطأ، والخطأ في الطب غير مسموح. أما إذا أراد الطبيب أن يجرب دواء أو أسلوبًا جديدًا للمعالجة فعليه أن يتبع الأسس العلمية لذلك من خلال ما يسمى (التجارب السريرية) (Clinical trial)، وهي من أصعب أنواع البحوث وأعقدها، ولها شروط قاسية يعد الخروج عنها انتهاكًا للأخلاق الطبية.

الفصل التاسع
مهارة طمأنة المريض

«ينبغي للطبيب أن يمني المريض بالصحة ويرجيه بها وإن كان غير واثق بذلك؛ لأن مزاج الجسم تابع لأخلاق النفس».

الرازي

تعد طمأنة المريض من المكونات الضرورية للممارسة الطبية، وهي من الأدوات الفاعلة في العمل السريري؛ مثلما ذكرنا في الصفحات الماضية. إن التقدم التقني حوّل كثيرًا من الأطباء إلى كُتّاب وصفات، ومن أسباب ذلك: غياب التدريب على مهارات طمأنة المريض، وكذلك غياب الأبحاث والقوانين التي تحد من الاستخدام العشوائي للأدوية والمستحضرات الطبية. يعد النمط الحالي للاستشارة الطبية متناهية القصر - ولا سيما في مراكز الرعاية الصحية وبعض المستشفيات - من أهم الأسباب التي تعيق الطبيب عن القيام بواجب طمأنة المريض، هذه المهمة تتطلب زمنًا كافيًا وتواصلًا مع المريض. لقد أدرك الأولون أهمية طمأنة المريض فكتبوا عنها؛ فهذا الرازي يقول: «ينبغي للطبيب أن يمني المريض بالصحة ويرجيه بها وإن كان غير واثقٍ بذلك؛ فمزاج الجسم تابع لأخلاق النفس»، ولعل الإشارة إلى مزاج الجسم هي

ما يعرف اليوم (بالسايكوسوماتية) (Psychosomatic). لا يعني قول الرازي أن نكذب على المريض بقدر ما يعني أن نوحي إليه بالصحة وندعم معنوياته، وقد ثبت علميًّا أن هذا الدعم يقوي جهاز المناعة لدى الإنسان؛ ولذا نجد أن الناس يفضلون - في كثير من البلدان - الطب الشعبي على الطب الحديث؛ لأن الطبيب الشعبي لا يمتلك تقنيات الطب الحديث ولكنه يمتلك مهارات الإنصات والتواصل والتفاهم مع المريض، وبعلاقته المتصلة بالمريض يعلم خلفيته ومشكلاته التي - ربما - لا يشكو منها المريض علانية، وبذلك فهو يجيد الطمأنة.

وأعرض تجربة شخصية تجسد نموذجًا لإبعاد الطمأنينة عن قلب المريض، فقد أصبت ذات مرة بتغير في الصوت استمر معي أكثر من أسابيع ثلاثة، وكنت أعلم أن أي تغير في الصوت يتجاوز ثلاثة الأسابيع يجب أن يتم فيه فحص المريض لمعرفة السبب، فضربت موعدًا لمقابلة استشاري الأذن والأنف والحنجرة في المستشفى الجامعي بلندن حيث كنت أقيم، ولما حان الموعد ذهبت للقاء الطبيب، فسارع إلى فحص حنجرتي دون مساءلتي عن تفاصيل أعراضي وما كانت تسببه لي من قلق ومخاوف، أدخل الطبيب - وكان يحمل لقب بروفيسور- خافض اللسان إلى حنجرتي بشيء من الغلظة، وما أن انتهى من فحص الحنجرة حتى فقدت صوتي تمامًا، لست أدري إن كان ذلك بسبب الفحص أو لحالتي النفسية أو لكليهما. أعقب الطبيب ذلك بجملةٍ زادت من توتري إذ بادرني بالقول: «يؤسفني أن أخبرك أنني رأيت شيئًا لا يبدو طيبًا يجلس على حبالك الصوتية جهة اليسار»، قالها بلغة إنجليزية تدعو إلى الخوف

واليأس. (I Am Sorry To Say That There is A Nasty Looking Thing Sitting On You Left Cord)

وأعقب ذلك بأنني يجب أن أحضر لإجراء عملية لإزالة ذلك الشيء. كانت ردة فعلي أن خرجت مسرعًا من عيادته بصحبة زوجتي وأنا موقنٌ بأني مصابٌ بسرطان الحنجرة، كنت في حالةٍ يرثى لها من الحزن، وما إن وصلنا البيت حتى التقطت ورقةً وكتبت لزوجتي أننا يجب أن نرحل فورًا إلى السودان؛ فإذا كنت مقبلًا على موت فإنني أفضل أن أنتظر قدر الله بين أهلي وأحبائي. لكني لم أغادر لندن بسبب ضغط الأسرة، إلى أن ذهبت في مهمة علمية للهند قضيت فيها شهورًا استرددت فيها صوتي ففرحت، وعند عودتي إلى لندن ذهبت لألاقي الطبيب وأخبره بأني شفيت، فالتقيته فطلب إلي إعادة الفحص، وكرر معي ما فعل سابقًا وانتهى قائلًا: «إن ذلك الشيء ما زال موجودًا على الحبل الصوتي جهة اليسار»، وطلب أن يجري لي عملية لإزالته، أدخلني كلامه في نفس الحالة السابقة بل أكثر.

رفضت فكرة العملية، ولكن تحت ضغط الأسرة والأصدقاء قبلت، ثم أدخلت المستشفى وتمت العملية، ولم أكد أفيق من أثر التخدير حتى جاءني البروفيسور وقال لي: «لقد كان ما أزلت كما أخبرتك، وسنكون في انتظار نتيجة فحص المختبر». لك أن تتصور- عزيزي القارئ - وقع هذا كله عليّ كمريض! حدد لي موعدًا حضرت فيه ليخبرني: «أنت محظوظ يا دكتور؛ لأن الفحص المخبري وضح أن ما أزلناه لم يكن ورمًا خبيثًا كما توقعنا». في هذه اللحظة امتزجت المشاعر لدي، فرحتي بالنتيجة وغضبي على البروفيسور الذي حملني

على أن أواجهه - بقوة وغضب - بأن كل ما جرى بيني وبينه كان شيئًا مؤلمًا، وأن سلوكه لم يكن مهنيًّا، وأن عليه أن يتعلم أبجديات الطمأنة ويغير أسلوبه في التعامل مع مرضاه، فما هكذا تزف الأخبار السيئة. درسان تعلمتهما من هذه التجربة: أن الجهل بمهارة طمأنة المريض يمكن أن يكون صفةً للطبيب مهما كانت ألقابه، وأن ذلك يمكن أن يحدث في أرقى المؤسسات الصحية في العالم.

طمأنة المريض ـ يا قارئي العزيز ـ تعني إدخال الطمأنينة إلى قلبه مهما يكن التشخيص، وهي ضربٌ من ضروب المعالجة النفسانية المركزة. يعرفها بعض الأطباء بأنها عملية نزع خوف المريض وقلقه بسبب أعراض المرض، وذلك عن طريق التحدث والشرح للمريض، ولو كان الطبيب سيبلغ المريض أخبارًا غير سارة فإن هناك مكانًا للطمأنة، وسنأتي على تفصيل ذلك حين نناقش نقل الأخبار غير السارة إلى المريض. بينما لا توجد هناك طريقة واحدة لطمأنة المريض فإن هناك خطوات متفق عليها لإكمال عملية الطمأنة بنجاح، وتمثل هذه الخطوات عناصر المهارة، فالمعلوم أن من يريد تعلم مهارة ما فعليه أن يردها إلى عناصرها الأولية ثم يتدرب عليها جزءًا جزءًا. وبهذا الفهم فهناك ست خطوات متتالية لإجراء الطمأنة الناجحة، إهمال أيٍّ من هذه الخطوات أو تغيير ترتيبها ينتهي بالطبيب إلى ما يسمى بالطمأنة العشوائية (Indiscriminate Reassurance)؛ وهي عملية فاشلة، وتضر كثيرًا بعلاقة الطبيب بالمريض.

الخطوة الأولى في طمأنة المريض هي استخلاص وصف تفصيلي لأعراض المريض، ويتم هذا في أثناء المقابلة الطبية ويتطلب إنصاتًا وتركيزًا

من الطبيب، ويتطلب أيضًا توجيه الأسئلة المناسبة للمريض. وفي هذا يقول الرازي: «ينبغي للطبيب ألا يدع مساءلة المريض عن كل ما يمكن أن تتولد عنه علته». إن عملية الحصول على تاريخ مرضي كامل تمثل في حد ذاتها نوعًا من الطمأنة، ولكن يجب على الطبيب ألا يقدم أي نوع من الطمأنة للمريض في هذه المرحلة.

الخطوة الثانية في الطمأنة هي استنباط ما يقلق المريض والهموم المتعلقة بأعراضه، وتتم هذه الخطوة في أثناء المرحلة الأولى أو بعدها مباشرة، وذلك عن طريق مراقبة تعابير وجه المريض ولغة جسده واستنتاج ما إذا كان المريض يبدي قلقًا أو خوفًا أو يأسًا من أعراضه. بعض المرضى الذين لا يبدون أي مؤشرات أو من أصحاب الوجوه المُقَنّعَة، وفي هذه الحال على الطبيب أن يلقى سؤالًا مباشرًا للمريض: «هل تقلقك أعراضك؟ وماذا يا ترى تعتقد أسباب تلك الأعراض؟»، ويقول أصحاب الخبرة والحكمة في الطب إن الأفضل أن يجعل الطبيب المريض يفصح عن مشاعره ومخاوفه شفاهة؛ ويرون أن هذه الخطوة حاسمة بالنسبة إلى الخطوتين: الخامسة، والسادسة، من عملية الطمأنة.

الخطوة الثالثة هي فحص المريض، وتكون بملامسة المريض وبإجراء الفحوص الأخرى. الفحص البدني للمريض أمرٌ لازمٌ في هذه الخطوة حتى وإن كان الطبيب لا يتوقع علامات للمرض؛ ذلك أن للمس المريض تأثيرًا نفسيًّا إيجابيًّا. ما زلت أذكر ما سمعته من مريض في مستشفى الخرطوم وأنا في بواكير سنوات ممارسة المهنة، سمعته يذكر طبيبًا بقوله: «والله الدكتور ده

شاطر ومبروك؛ أول ما وضع إيده على جلدي حسّيت بالعافية سرت في جسمي». ولا شك في أن للمسة الحنون مفعول السحر، ها هو المتنبي يصف خيلاء الأسد في مشيته وملامسة أرجله الأرض ويشبهها بمس الطبيب الآسي مريضه:

يطأ الثرى مترفقًا من تيهه فكأنه آسٍ يجس عليلا

ومن الأمثال الشائعة عندنا في السودان: (لمسة الحكيم دوا).

الخطوة الرابعة في طمأنة المريض هي الوصول إلى التشخيص النهائي (Definitive Diagnosis) للمرض، فلا يمكن للطبيب أن يطمئن مريضه على تشخيص مبدئي أو تفريقي (Differential Diagnosis)، والمقولة السائدة هي: لا تطمئن حتى تكون مطمئنًّا (Don't reassure until you are sure). في بعض الحالات قد لا يكون هناك تشخيص؛ أي أن تكون الأعراض فسيولوجية وليست نتيجة مرض، ولكن على الطبيب في هذه الحالات أيضًا أن يعطيها مسمًّى أو تشخيصًا. وربما يكون مفيدًا في المرحلة التالية أن يقول الطبيب للمريض: «لقد ظننت أنه ربما تكون مصابًا بكذا وكذا ولكني الآن استبعدت ذلك تمامًا».

بعد الوصول إلى التشخيص النهائي يتوقع المريض أن يشرح له الطبيب سبب أعراضه، وهذا ما على الطبيب أن يفعله في الخطوة الخامسة للطمأنه؛ إذ يجب أن يشرح الطبيب للمريض كيف حدثت الأعراض؛ أي يصف له باثوفسيولوجية المرض (Pathophysiology). وكلما كان شرح الطبيب بسيطًا استوعب المريض مشكلته ودخلت الطمأنينة إلى قلبه. في هذه المرحلة يتصدى الطبيب لمشاعر المريض ومخاوفه التي استخلصها من الخطوة الثانية كإزالة

القلق والخوف. ذلك كله بإبداء التفهم والتعاطف (Empathy) وليس بالشفقة (Sympathy).

تأتي طمأنة المريض في الخطوة السادسة والأخيرة، وقد تتم الطمأنة في أول مقابلة مع الطبيب، أو بعد أكثر من زيارة لحين استكمال متطلباتها وخطواتها. وعلى الطبيب أن ينصح مريضه بالتدرج في العودة إلى نمط حياته الطبيعية وممارسة الرياضة – مثلًا – وأسلوب الحياة بعد تعديله، وحرص الطبيب على متابعة المريض يؤكد له اهتمامه.

هناك شروط لنجاح عملية الطمأنة، أولها: أن يكون الطبيب ممتلكًا ناصية مهارات التواصل. وثانيها: أن يكون ملتزمًا وصادقًا في بناء علاقة ثقة مشحونة بالعاطفة مع المريض، وثالثها: أن يكون الطبيب على قدر من الخبرة والتجربة، وقد أفضنا في الحديث عن أهمية الخبرة والتجربة. وللرازي أيضًا مقولةٌ في هذا: «الأطباء الأحداث (الذين لا تجربة لهم) والأميون والمقلدون ومن قلّت عنايته وكثرت شهوته قتّالون»[46]. أما رابع شروط نجاح الطمأنة فهو أن يكون الطبيب متمكنًا في علمه وعمله، وهنا أيضًا للرازي مقولة قيمة: «إذا كان الطبيب عالمًا والمريض مطيعًا فما أقل لبث العلة!»، ولعل الرازي قصد بمفردة (عالم) في وصف الطبيب أن يشير إلى أنه (متمكن) (Competent)، وبمفردة (مطيعًا) أي ملتزمًا بالعلاج ونصائح الطبيب (Compliant). ومن البديهي أن يتطلب النجاح في الطمأنة إلمام الطبيب بالجوانب الثقافية لمجتمع مرضاه.

مثلما هنالك شروط للنجاح في الطمأنة فهناك مؤشراتٌ لفشلها، وينبغي للطبيب أن يكون على علمٍ بهذه المؤشرات حتى يقيّم مجهوده. من هذه المؤشرات عدم ظهور الراحة والطمأنينة على المريض عند نهاية الاستشارة الطبية، وقد يستمر في إلقاء الأسئلة بعد الشرح والتوضيح. ومن علامات الفشل أن يُحْضِر المريض قريبًا أو صديقًا في الجلسة التالية مع الطبيب. ومن مؤشرات فشل الطمأنة أيضًا طلب المريض إلى الطبيب أن يجري له مزيدًا من الفحوص أو أن يحوله إلى جهة طبية مناسبة. ومن علامات الفشل كذلك أن يقف الطبيب لينهي الاستشارة بينما يظل المريض جالسًا، ومنها أن يختفى المريض تمامًا.

لا بد أن نتطرق في ختام مهارات التشخيص والمعالجة إلى أمر مهم يحتاج إلى إصلاح، ألا وهو النقص الكبير في أعداد العاملين المؤهلين في أقسام العلوم الأساسية بكليات الطب في بلادنا (Basic sciences departments)، هذه العلوم مهمة لمستقبل الممارسة السريرية؛ لأن فهمها يساعد في المراحل التي تسبق التشخيص، وهي مهمة – كما رأينا – في عملية الطمأنة، إذ يحتاج الطبيب إلى شرح باثوفسيولوجية المرض، وحذق هذه العلوم ضروري لإجراء الأبحاث. تحتاج العلوم الأساسية لمتخصصين ذوي خلفية طبية، وهم قلة في هذه الأقسام، وبالرغم من أهمية التدريب العملي في المختبرات في هذه العلوم إلا أنها تكاد تكون معدومة.

المريض (الصعب)

يصف بعض الأطباء بأنه يصعب التعامل مع بعض المرضى، وربما يكون المريض صعبًا بحق، ولكن ضجر الطبيب من هذا النوع من المرضى يعد فشلًا يستدعي تغيير إستراتيجية الطبيب مع المريض أو إحالته إلى زميل آخر يستطيع التعامل معه. ويبدو أن ظاهرة (المريض الصعب) (The difficult patient) ليست مسألة نادرة؛ إذ وضحت الدراسات أن (10 % من التعاملات مع المرضى يعدها الأطباء على درجة عالية من الإزعاج، وأن 30 % إلى 40 % من المرضى يعبرون عن عدم الرضا عن الخدمات التي يقدمها إليهم أطباؤهم)، ويعزو المرجع الصعوبة في تلك الاستشارات إلى جملة أسباب منها: توقعات غير واقعية من المريض لصعوبة التواصل معه لعائق اللغة، والمهمة الصعبة في إبلاغ المريض بخبر غير سار عن مرضه. وقد تكون صعوبة المريض بسبب معاناته من مشكلات نفسية أو اضطراب في الشخصية.

وقد لاحظت أن بعض الأطباء يطلبون إلى الممرضة إبلاغ المريض بعدم توافره في العيادة، ويختبئ هو بحيث لا يراه المريض، وهذا لعمري تصرف ينافي أخلاقيات المهنة، والأفضل في مثل هذه الحالات أن يواجه الطبيب المريض أو يحوله إلى زميل آخر. ويذهب بعض الأطباء في حل مشكلة المريض الصعب إلى زيادة وصفات الدواء للمريض؛ وهذا كله ليس حلًّا لمشكلة المريض الصعب. ويذكر المرجع الذي اعتمدناه نماذج لمهارات التعامل مع مثل هذه الحالات، ففي حالة المريض الثرثار قد يفيد توجيه المريض في أثناء الاستشارة ثم تلخيصها؛ للحد من استطراد المريض في الكلام، ويُقترح أيضًا

استعمال اللغة غير الشفاهية ومحاولة فهم ما وراء الكلمات وتعبيرات الوجه للسيطرة على الموقف.

الفصل العاشر
الطبيب العالم

«كان الطب معدومًا فأوجده أبقراط، وناقصًا فأتمه ابن سينا، ومشتتًا فجمعه الرازي».

الطبيب العالم (Physician Scientist) مصطلح جديد نسبيًّا في الأدبيات الغربية، ولكنه ليس كذلك في التراث الطبي العربي الإسلامي. التعريف الحديث (للطبيب العالم) أنه الطبيب النشط في الممارسة والبحث العلمي في آنٍ واحد، وعرفه آخر بأنه الطبيب الذي يجري عددًا مقدرًا من الأبحاث أو يجعل الأبحاث الطبية جزءًا من مهنته، ونجد تسميات عديدة لهذا الطبيب، فتارة يعرف بأنه الممارس السريري العالم (Clinician Scientist)، وتارة الأكاديمي الإكلينيكي (Clinical Academician)، وتارة أخرى ينعت حسب تخصصه؛ كالجراح العالم (Surgeon Scientist)، ويرمز إلى الطبيب العالم اختصارًا بـ (دكتوراه الطب ـ دكتوراه الفلسفة) (MD - PhD). ويعد بعضُهم الطبيبَ العالم مفهومًا حول الأبحاث التي يكون محورها المريض (Patient-oriented researcher)، وهو أيضًا ملمٌّ بعلوم الإحصاء الحيوي والسلوكات ومهتم بأبحاث الخدمات الصحية. بهذه التعريفات يمكننا القول إن غالبية أطباء المسلمين

الأوائل الذين تركوا وراءهم تراثًا طبيًّا عظيمًا كانوا أطباء علماء؛ لأنهم جمعوا بين الطب والعلوم ذات العلاقة المباشرة أو غير المباشرة بالممارسة الطبية.

يهدف مفهوم الطبيب العالم إلى إحلال العلم في الطب (Transforming science into medicine)، وإحالة الاختراقات العلمية المختبرية إلى تطبيقات سريرية، وترجمة العلوم الأساسية إلى اكتشافات في الممارسة السريرية، وهي الغاية من الأبحاث الأساسية في الخدمات الصحية. وقد أنشئ الاتحاد الأمريكي للأطباء العلماء(American Physician Scientist Association APSA) في العام 2003م، وذلك بهدف توفير فرص لتدريب الأطباء العلماء وتحسين مستقبلهم، وبقصد التفاعل بين أعضاء الاتحاد. ولا يظنن أحدٌ أننا نطلب أن يكون كل طبيب متفرغًا للبحث بجانب ممارسته، فهذا أمرٌ عسير، ولكن الذي نطلبه لكي نطلق صفة الطبيب العالم على أطبائنا هو أن يمتلكوا مهارات إجراء البحوث وكتابتها، ومقدرة قراءة أبحاث الآخرين بصورة ناقدة، وقد لا يكون الطبيب العالم الذي ندعو إليه أكاديميًّا، ولكنه يمتلك بعض القدرات الأكاديمية، فلا يلزم - مثلًا - أن يكون حاملًا لشهادة الدكتوراه، ولكنه يستطيع أن يحلل الأرقام في سجلات مرضاه، ويستنبط منها ما يُحَسِّن ممارسته السريرية. وبهذا الفهم فنحن نوسع ضيقًا في مفهوم الطبيب العالم، ولعل الاهتمام بهذا المفهوم ليس وليد العقود المتأخرة، فقد وقعت عيني على عنوان صريح تمنيت أن أحصل عليه ولكني لم أوفق، الكتاب لواتشلي دانا وعنوانه الطبيب: معالجًا وعالمًا، وترجمه إلى العربية زكريا فهمي، ونشرته دار الفكر العربي بمصر.

إن البحث العلمي يجعل الطبيب منتميًا لمجتمعه؛ لأنه يساعده على تحسين ممارسته اليومية، وأفضل تدريس الطب ما كان من نتائج أبحاث أساتذة الطب أنفسهم، وفي أيامنا هذه - وفي كثير من البلاد - لا يوظف طبيب إلا إذا نشر ورقة علمية واحدة على الأقل، ولا يرقى أستاذ جامعي طبيب في مرتبة أكاديمية أعلى إلا بعد نشر عدد معلوم من الأبحاث ذات العلاقة بتخصصه.

تدرب الجامعات طلبة الطب والأطباء في الدراسات العليا على مهارات الطب المبني على البرهان (Evidence based medicine)، هذه المهارات بحثية في معظمها؛ لأنها تتوقع من الطبيب أن يضع سؤالًا بحثيًّا ومن ثم يطلع على الأدبيات الطبية بصورة تحليلية ناقدة؛ ليستنبط منها الدليل أو البرهان فيجد الإجابة على سؤاله المتعلق بالمريض، مما يساعد على المعالجة المبنية على البرهان. لا يستطيع الطبيب أن يقرأ نتائج الأبحاث بصورة ناقدة حتى يكون متمكنًا من مهارات البحث العلمي، إلا فإنه سيقبل ويسلم بكل ما يقرؤه ومن ثم يطبقه. هذه المهارات لازمة؛ لأنه ليس بالضرورة أن كل ما ينشر من أبحاث يكون أصيلًا أو صحيحًا أو تستخدم فيه طرائق البحث الصحيحة، بل إن هناك أبحاثًا مزورة أو مغشوشة، ولا يستطيع قارئ هذه الأبحاث إدراك أنها مغشوشة إلا إذا كان ضليعًا في مهارات البحث العلمي، ونحن نسمع في كل عام أخبار الأبحاث المزورة، ولعلها أفظع فضيحة يمكن أن يكتسبها الطبيب بصنع يده.

تزداد الحاجة إلى أن يكون الطبيب عالمًا يومًا بعد يوم في عالمنا؛ فالأسئلة غير المجاب عنها كثيرة في الطب، ويجب ألا نفترض إتيان الإجابات من أساتذة الجامعات والباحثين الأكاديميين فحسب، فبقليل من الملاحظة

العلمية والمعرفة بطرق البحث يمكن لأي طبيب أن يحاول الإجابة عن الأسئلة الحائرة في الطب، وما أكثرها! ونحن نسمع كل عام أن جائزة نوبل في الطب منحت لأطباء علماء ليسوا بالضرورة أكاديميين. إن أهداف الأبحاث ومبرراتها كثيرة ومتعددة، وباستطاعة أي طبيب مدرب أن يحقق ما يتيسر له منها. لخص أحد الأقدمين مبررات البحث فقال: يكتب الباحث في:

- شيء لم يسبق إليه فيخترعه.
- شيء مغلق فيشرحه.
- شيء ناقص فيتممه.
- شيء طويل فيختصره.
- شيء متفرق فيجمعه.
- شيء مختلط فيرتبه.
- شيء أخطأ فيه مصنفه فيصححه.
- مخطوط فيحققه.

والطبيب المتميز هو الذي يسعى إلى تحقيق أحد هذه الأهداف أو بعضها.

صنع تراثنا الطبي العظيم أطباء علماء، وقد قيل: «كان الطب معدومًا فأوجده أبقراط، وناقصًا فأتمه ابن سينا، ومشتتًا فجمعه الرازي»، وشهادات الغرب للأطباء العلماء من العرب والمسلمين - على قلتها - تؤكد عظمة إسهامهم في الطب والعلوم، انظر ما يقول بريفولت في كتابه بناء الإنسانية: «ليس ثمة ناحية واحدة من نواحي الازدهار الأوروبي إلا يمكن إرجاع أصولها

إلى مؤثرات الثقافة الإسلامية بصورة قاطعة، وفي المصدر القوي لازدهاره؛ أي في العلوم التطبيقية وفي روح البحث العلمي»، ويقول في موضع آخر: «إن ما يدين به علمنا للعرب ليس فيما قدموه لنا من كشوف مدهشة لنظريات مبتكرة، بل يدين لها بوجوده نفسه»[47]. وفي فضل العلم والعلماء تبارى الشعراء:

أرى العلمـاء أطـولنـا حياةً ... وإن أضحوا رفاتًا في القبور

أنـاسٌ غُيّبوا وهمو شهـودٌ ... بما ابتدعوه من علم خطـير

كأنهمُ حضـور حين تجري ... محاسن ذكرهم عند الحضور

لئن ملئت قبـورهمُ ظلامًا ... فإن ضياءهم ملء الصـدور

إن واقع البحث العلمي في بلادنا لا يرضي أحدًا، فأهميته غير مستشعرة بوصفه أولوية، والميزانيات المخصصة له ضعيفة، وليس مرتبطًا دائمًا بحل المشكلات القائمة. البحوث أغلبها حين تتم تتم في الجامعات ولترقية الأساتذة في السلم الأكاديمي، ولا يستفاد في أغلب الأحيان من نتائج البحث العلمي؛ لأن كثيرًا من الدراسات غير مصممة أساسًا ليتبعها عمل، وهذا يحجب عنها صفة العلم النافع. إنني أصبو إلى اليوم الذي لا يتخرج فيه طبيب إلا وقد تدرب تدريبًا جيدًا على مهارات البحث العلمي والتي أجملها في الآتي:

1. الاختيار الصحيح لموضوع البحث.
2. الاختيار الصحيح لنوع الدراسة.
3. مهارات مراجعة ادبيات البحث.

4. اختيار عينة البحث وحسابها.
5. استخدام الأدوات والطرق الصحيحة في إجراء البحث.
6. مهارات طرق تحليل نتائج البحث وأساليبه.
7. مهارات كتابة تقرير البحث (الكتابة العلمية).
8. معرفة محدودية نتائج البحث.
9. كتابة مراجع البحث بالصورة الصحيحة وحسب النظم العلمية العالمية.
10. مراعاة الجوانب الأخلاقية للبحوث.
11. معرفة متطلبات نشر البحث ومكان النشر.

تعد هذه المهارات من أهم مسؤوليات كليات الطب تجاه طلبتها، ومما يؤسف عليه أنه لم يُنتَبه إلى التدريب على هذه المهارات في كثير من جامعاتنا إلا مؤخرًا، علمًا أن البحث العلمي أصبح أحد المعايير المهمة للاعتماد الأكاديمي للجامعات وتصنيفها عالميًّا.

أتمنى ألا يجادل أحد في أهمية دعوتنا إلى أن يكون أطباؤنا علماء؛ ليس بالمعنى والمفهوم الوارد في بداية هذا الفصل، ولكن بالمفهوم العريض الذي فصلناه، وأتمنى أيضًا أن يعيد أطباؤنا سيرة الأجداد الأولين الذين كانوا أطباء علماء، والبحث العلمي هو السبيل الوحيد للنهوض بالأمة واللحاق بركب العصر وإلا فالتباكي على الأمجاد:

ملكنا هذه الدنيا قرونا ... وأخضعها جدودٌ خالدونا

وسطرنا صحائف من ضياء ... فما نسي الزمان ولا نسينا

وما فتئ الزمان يدور حتى ... مضى بالمجد قوم آخرونا

وآلمني وآلم كل حرٍّ ... سؤال الدهر أين المسلمونا

الفصل الحادي عشر
مهارات الطبيب المتميز الشخصية

«الاستماع بالعين؛ إذا رأيت عين من تحدث تنظر إليك فاعلم أنه يحسن الاستماع».

مهارات التواصل والإلقاء

لكي يكون الطبيب متمكنًا ويؤدي وظيفته بمهنية فإنه يحتاج إلى مجموعة من المهارات الشخصية، وسنقتصر في هذا الفصل على ما نعتقد أنها المهارات التي لا يستطيع الطبيب أن يمارس مهنته دون إجادتها، يأتي على رأس قائمة هذه المهارات الشخصية مهارات التواصل والاتصال (Communication skills)، ثم مهارات القيادة وحل المشكلات. ويحتاج الطبيب – علاوة على ذلك – إلى: المهارات الحياتية، ومهارة إدارة الوقت، ومهارة العمل ضمن فريق، ومهارة الخط الجيد الذي هو من مهارات الاتصال والتواصل. قد تكون هذه المهارات جميعها لازمة للمهنيين وغير المهنيين، ولكنها أساسية للطبيب، ولا يقبل منه فيها الأداء المتوسط أو فوق المتوسط.

مهارات الاتصال والتواصل

لعل القارئ الكريم لاحظ في فصول الكتاب السابقة ورود مصطلح مهارات الاتصال والتواصل بصورة متكررة، وما تكرارها إلا دليل على أهميتها في ما سبق كله من مهارات أساسية للطبيب المتمكن. لا يستطيع أي طبيب الوفاء بمسؤولياته المجتمعية أو إجراء المقابلة الطبية وطمأنة المريض دون امتلاك مقدرات الاتصال والتواصل، ولكي يكون الطبيب قائدًا بحق للفريق الطبي، بل قائدًا في المجتمع، فلا بد أن يكون قادرًا على التواصل مع الآخرين، فالأطباء يحتاجون إلى التواصل مع مرضاهم ليس فقط لاستخلاص التاريخ المرضي أو لتعليمهم وتوعيتهم، ولكنهم يحتاجونها في بعض المواقف الحرجة في الممارسة، مثل نقل الأخبار غير السارة للمرضى حين يكتشف تشخيص بعض الأمراض المستعصية كالسرطانات وغيرها. والطبيب محاط بزملائه وبأعضاء الفريق الصحي ويتواصل معهم طوال اليوم، بل إن الطبيب مطالب بالتواصل مع المجتمع توعية وتعليمًا، وفي هذه الأحوال كلها عليه أن يعرف ما يقول، وكيف، ومتى، وأين يقوله.

يحتاج الطبيب إلى تقديم العروض وإلقاء المحاضرات - ربما - بصورة شبه يومية، فهو يعرض صباحًا حالات اليوم السابق لزملائه ورؤسائه، ويشارك في عرض آخر المستجدات في الطب في ما يسمى بنادي المجلات العلمية (Journal Club)، وفي حلقات التثقيف الصحي وغيرها، وكلها تحتاج إلى ملكات معينة. سنحاول في الأسطر الآتية بيان الخطوات الضرورية التي تمكن الطبيب من تقديم عرض ناجح أو محاضرة مؤثرة، وكما أسلفنا فعند تعلم أي

مهارة نبدأ بتحليلها إلى عناصرها الأولية، ثم التدرب عليها عنصرًا عنصرًا بالتدرج المطلوب.

كيف تقدم عرضًا أو تلقي محاضرة ناجحة؟

نبدأ بتقرير حقيقة مهمة تتلخص في أن طريقة عرض موضوع ما أو إلقاء محاضرة هي في الأهمية نفسها لما سيعرض من مادة؛ ولذا فالطبيب مطالب بأن يهتم بطريقة التقديم تمامًا كما يهتم بمحتوى المحاضرة أو العرض، وكم من صاحب علم غزير يفشل في نقل علمه للآخرين؛ ذلك أنه لم يتقن مهارات العرض. وقد رأيت أساتذة كبار وأصحاب ألقاب يتلعثمون في الكلام ويضطربون من بداية إلقائهم، بل ربما بدا عليهم الوجل وأوشكوا على الانهيار؛ لا سيما حين يكون جمهور المستمعين متنورًا أو على درجة عالية من العلم والثقافة، وأكثر ما يحدث هذا في المؤتمرات العلمية وبين الزملاء. إن أهم قاعدة في العرض الناجح أنه عملية ذات اتجاهين؛ أي لا بد أن يكون هناك تفاعل بين المتحدث والمستمعين، ويأخذ هذا التفاعل أشكالًا متعددة سنأتي على ذكرها. إذن المحاضرة الناجحة هي المحاضرة التفاعلية (Interactive lecture) لا المحاضرة التقليدية التي يتكلم المحاضر فيها والناس يستمعون، والتي سخر منها الكاتب الأمريكي ديفيد ورنر حين قال: «إن المحاضرة هي أفضل وسيلة لنقل مفكرة المعلم إلى مفكرة الطلبة دون المرور على عقولهم»[48].

"The lecture is the best method for transferring the teacher's notes to the students' notes without passing through their minds."

هناك قواعد أساسية على الطبيب إتقانها ثم مراجعها في أثناء تقديم المحاضرة، ونسرد هذه القواعد والمهارات حسب تسلسلها على النحو الآتي:

1. **الخطوة الأولى** هي التدرب على الإلقاء قبل موعده بأيام، ويسميه الإيطاليون (البروفا). يعد التدرب على الإلقاء أهم خطوات التقديم الناجح ومهاراته؛ ذلك أن العرض الذي تسبقه (بروفات) يختلف تمامًا عن العرض دون ذلك، فالمتحدث الذي يلقي محاضرة تدرب عليها يبدو أكثر ثقة على المنصة مقارنة بالمتحدث الذي يرتجل حديثه وإن كان يحسن الإلقاء. ويستحسن أن تتم البروفا على زملاء غير جمهور المستمعين الذين ستلقى عليهم المحاضرة، وإذا تعذر ذلك فيمكن أن يجرب الطبيب البروفا وحده. أذكر أن أستاذي البروفيسور ديفيد مورلي في معهد طب الأطفال بجامعة لندن كان – أحيانًا – يأتي إلى مكتبي ويطلب إلي الذهاب معه إلى المدرج الرئيس في المستشفى والجلوس في آخر صف في المدرج الخالي من الأطباء، ثم يقول لي: «إني سألقي محاضرة غدًا في ليفربول، وأريد أن أعمل لها بروفا»، فأقول له: «حتى أنت يا ديفيد وأنت الأستاذ الذي حاضر لعشرات السنين؟»، فيقول: «نعم، إني حريص على ملاحظاتك ولا سيما أني سأحاضر هناك أول مرة، وأريد أن أترك انطباعًا جيدًا». فإذا كان أستاذ في قامة هذا الأستاذ المعروف على مستوى العالم يحرص على إجراء البروفا لمحاضراته فنحن أكثر حاجة إلى ذلك منه. وأذكر أني كنت أحضر صلاة الجمعة في مسجد كان الإمام فيه

أحد أصدقائي، فرأيت المصلين يميلون معه يمنة ويسرة إذا مال على المنبر، وكان خطيبًا ذربًا، ومحدثا فذًا، فسألته بعد خروجنا من المسجد: «يا شيخ، هل تجري بروفا لخطبتك قبل إلقائها؟»، فقال وهو يحاول السؤال بجدية مصطنعة: «لماذا هذا السؤال؟»، فأجبته: «عليك أن تجيبني أولًا فأخبرك»، فابتسم، وقال: «نعم، إني أكتب خطبة الجمعة يوم السبت من كل أسبوع وأتدرب عليها يوميًّا حتى الخميس، ثم ألقيها يوم الجمعة»، فقلت: «وأين تجري البروفا؟»، قال: «في غرفة نومي وعلى زوجتي». هذا يا عزيزي القارئ أحد الأئمة المرموقين في المنطقة التي عشت فيها، ويتزاحم الناس على مسجده حتى لتجد صعوبة في الحصول على مكان تصلي فيه. تكمن أهمية البروفا في أنها تجعل المحاضر يدرك كم من قواعد العرض الناجح تم مراعاتها، وهذه أهمية أن يكون هناك من يستمع. وحسنة أخرى للبروفا تتمثل في ضبط المادة على زمن المحاضرة والتدرب على ذلك، ففي المؤتمرات العالمية هذه الأيام تتاح للمتحدث خمس دقائق إلى عشر لإكمال عرضه، فإذا لم يضبط المادة على الزمن المتاح فلربما يلقي ربع المحاضرة أو نصفها وتكون مبتورة؛ لأنه لن يسمح له بتجاوز الزمن المحدد.

2. **الخطوة الثانية** هي إجراء تمرين قصير للاسترخاء. يصاب أي متحدث مهما كان ضليعًا وماهرًا في الكلام ببعض التوتر في أثناء تقديمه العرض لا سيما إذا كان مستمعوه غرباء عنه، وقد ذكرنا أن بعض الأشخاص قد يصيبه الذعر والعصبية، وأول ما يتأثر بذلك

عضلات الكتف والرقبة، وإذا ما استمر المتحدث في التوتر في أثناء الإلقاء فإن انقباض هذه العضلات وتقلصها يحول هذا الجزء من الجسم إلى ما يشبه المثلث، وسيكون هذا أمرًا ملحوظًا من المستمعين. ثمة تمارين بسيطة لعضلات الكتف والرقبة يمكن أن يجريها المتحدث قبل نحو عشرين دقيقة من بدء العرض؛ فتسترخي هذه العضلات وتحول دون ظهور (المثلث)، فينعم المتحدث بطلاقة وسلاسة في كلامه وإن تعثر.

3. **الخطوة الثالثة** للعرض الناجح هي الوصول مبكرًا إلى مكان المحاضرة؛ لكي يتعرف المتحدث المكان ويتكيف معه، وإلا فقد يفاجأ عند وقت المحاضرة بما لا يتوقع، فربما تكون أجهزة العرض لا تعمل بصورة صحيحة، أو أنها غير مناسبة للتقنية التي حضر بها عرضه، والحضور مبكرًا إلى مكان العرض يحل هذه المشكلات جميعها ولا يؤخر العرض.

4. كيف تبدأ العرض؟ **الخطوة الرابعة** تجيب على هذا السؤال، فعلى المتحدث البدء بإلقاء التحية والسلام بتؤدة وحرارة، وحبذا لو زاد عليها بعبارات ترحيب مثل (أسعد الله صباحكم أو مساءكم بالنور والسرور). بعد ذلك يبدأ بافتتاحية أو ديباجة عرضه، ويحسن أن يكون حافظًا لما سيقول في جملة البداية سيما إن كان استشهادًا أو قولًا مؤثرًا له علاقة بموضوع الحديث، ومثل ذلك جملة الختام، إذ لا بد أن يعدها المتحدث ويحفظها عن ظهر قلب وتكون أيضًا كليمات مؤثرة؛ ذلك كله لأن المتحدث يطمح إلى أن يكسب إعجاب المستمعين

منذ بدء حديثه، فإذا بدأ بداية مؤثرة كسب جمهوره. أما جملة الختام المعدة فستكون آخر ما يتركه المتحدث في آذان السامعين، فإن كان كلامًا رائعًا فإن ذلك يثبت إعجاب المستمعين، خصوصًا إذا لم يكن العرض في مستوى جملة البداية أو جملة الختام. وكثيرًا ما سمعت من يحاورني من المستمعين يشيد بالمحاضر بالقول: «عظيم، لقد أحسن الختام». فيغفرون له ما تقدم من تجاوز في أثناء المحاضرة. الرسالة التي نوجهها في هذه الخطوة الرابعة هي أن يحسن المتحدث اختيار جملتي: البداية، والنهاية.

5. سرعة الإلقاء من الأمور المهمة التي يجب أن يراعيها المتحدث، وهي تمثل **القاعدة الخامسة** من المهارات الشخصية، يجب ألا يتحدث بسرعة مفرطة أو ببطء شديد، ففي الأولى؛ أي الحديث بسرعة لن يفهم السامعون حديثه إذا كان مسرعًا في الحديث: «والله لم نفهم مما قال شيئًا»، وإذا أبطأ في الحديث فسيكون ذلك مملًّا للمحاضرين: «قد أثقل علينا الرجل»، وقد رأيت بعض المستمعين يخرج من مكان المحاضرة إذا وقع المتحدث في أحد الخطأين، السرعة أو البطء، ولا نلوم من يخرج من المستمعين فربما استفاد من وقته في شيء أنفع. وقد يسأل القارئ الكريم عن السرعة المناسبة للحديث، والإجابة هي ألا تتعدى السرعة مئة كلمة في الدقيقة ولا تقل عن سبعين كلمة، أما كيف سيدرب نفسه على ذلك فالأمر بسيط؛ إما أن يستخدم مسجلًّا في أثناء البروفة، أو الساعة الوقافة (Stop watch) ليضبط سرعة الكلام.

6. **القاعدة السادسة** للإلقاء الجيد هي استخدام اللغة السهلة البسيطة، وتجنب الجمل الطويلة التي تسبب ما يعرف في علم البلاغة (التعقيد اللفظي)؛ فيكون الحديث عندئذ أشبه بالرطانة العلمية (Scientific Jargon). ولا بد أن يراعي المتحدث جمهور المستمعين فيكلمهم بلغة يفهمونها، «خاطبوا الناس على قدر فهومهم»، على أن الحديث بلغة بسيطة ليس أمرًا سهلًا كما يظن بعض الناس، ولذلك سمي (السهل الممتنع)، وهو أمر يحتاج إلى تدريب. الجمل القصيرة أوقع وأبلغ، وينطبق هذا على اللغات جميعها؛ ولا سيما العربية والإنجليزية، فقد حدثنا أساتذتنا أن أي جملة يجب ألا تزيد عن عشرين كلمة وإلا وقع التعقيد اللفظي؛ انظر إلى آيات القرآن الكريم فمعظمها قصيرة؛ ولذا فهي بليغة ومؤثرة.

7. **القاعدة السابعة** في العرض الناجح هي الحرص على استخدام معينات التقديم من الوسائط السمعية البصرية أو استخدام الحاسوب، ذلك أن هذه المعينات تساعد المستمعين على تذكر ما يقوله المتحدث. يقول المثل الصيني: «إذا سمعت فسأنسى، وإذا رأيت فسأتذكر، أما إذا عملت بيدي فإن ذلك تمام التعلم»، وفي تراثنا (ليس من رأى كمن سمع). لقد أجرت شركة كوداك العريقة للفوتغرافيا – وقد حزنت لأخبار إفلاسها وإغلاقها – دراسة كانت خلاصتها: إننا نتذكر عشرة بالمئة مما نسمع، وخمسين بالمئة مما نسمع ونرى، وتسعين بالمئة مما نسمع ونرى ونعمل. وهناك قواعد مهمة تتعلق باستخدام الشرائح، منها ألا نضع أكثر مما يجب في

الشريحة الواحدة، وأن نستخدم أكثر من لون حين تحتاج إلى ذلك فقط، واذا استخدمت الشفافيات (Transparances) فلا بد لك من الكتابة عليها بوضوح وفي أسطر مستقيمة، وتجدر الإشارة هنا إلى أن استخدام الشفافيات اقتصر الآن على حلقات العصف الذهني. يتوقع من المتحدث أن يواجه جمهورالمستمعين في أثناء المحاضرة وألا يعطيهم ظهره أبدًا، فبعض الناس يغفل ذلك حين يلتفت بجسمه لقراءة شرائحه، هنا يجب التنبيه على عدم قراءة الشرائح، فإن من المستمعين من يقرأها بأسرع من المتحدث ثم ينشغل عنه، والأفضل ألا يكتب المتحدث جملًا كاملة في الشرائح بل يضع رؤوس أقلام تذكره بما سيقوله لا ما يقرؤه، ويستحسن ألا يكثر مقدم العرض من استخدام تقنية الرسوم المتحركة (Animations) مما يدعو إلى سخرية المستمعين منه، بل إن ذلك مما يجعل المتحدث يتجاوز الزمن المتاح له.

8. **القاعدة الثامنة** التي يجب أن يراعيها المتحدث تجنب الكلام بصوت خافت أو صوت عال، بل يبتغي بين ذلك سبيلًا، فإذا تكلم مقدم العرض بصوت غير مسموع فسيدعو ذلك الحاضرين ولا سيما في المقاعد الخلفية إلى الانشغال عنه، بل يمكن أن يشوشوا عليه بالحديث لبعضهم. أما صياح المتحدث فإن ذلك مما يبعث على سخرية السامعين منه. وإذا كان هناك (ميكروفون) فعلى المقدم أن يضبط - منذ البداية - المسافة منه حتى لا يقع في علتي الخفوت أو الصياح، والتعامل مع (الميكروفون) يتطلب تدريبًا، وكثيرًا ما

يفاجأ المتحدث بأعطال الميكروفونات؛ لذا فعليه الاستعداد للتعامل مع ذلك، سيما إذا كان في قاعة كبيرة، فذلك يستدعي أن يُسْمِع الحاضرين جميعهم. وقديمًا قيل: «الرجل إذا تكلم أسمع، وإذا مشى أسرع، وإذا ضرب أوجع».

9. هناك قاعدة عظيمة في الإلقاء وهي التواصل بالنظر مع السامعين (Eye contact)؛ لأن المتحدث سيضمن انتباههم إليه، أما إذا رأى أنه فقد هذا الانتباه فيكون ذلك إشارة إلى عدم اهتمام المستمعين بما يقول ومدعاة إلى أن يغير أسلوبه أو يتوقف عن الحديث، يقول ابن قتيبة في أدب الكاتب: «الاستماع بالعين، فإذا رأيت عين من تحدث تنظر إليك فاعلم أنه يحسن الاستماع». بعض المتحدثين يركز نظره في اتجاه واحد بالقاعة، والمتحدث المتمرس يستطيع أن يفرق نظره بين المستمعين مهما كان عددهم كثيرًا، وهذا ما يسمى بلغة اليوم (المسح الضوئي) (Scanning the audiance)، وليس ذلك بالأمر الصعب، والمسألة تحتاج إلى تدرب ومران.

10. وقاعدة أخرى جد مهمة في العرض الجيد ألا وهي الاستقامة والثبات في أثناء الحديث، فعلى الملقي أن يتجنب إدخال يديه أو إحداهما في جيبه، أو أن يعبث بالمفاتيح في جيبه دون أن يحس، فذلك ما يحول انتباه السامعين إلى أصوات المفاتيح، وقد رأيت بعض من يضعون أيديهم في جيوبهم يصل بهم الحال - دون أن يشعروا - إلى شد ملابسهم، مما يلفت أنظار المستمعين إلى التأمل في أجسامهم وهيئاتهم وملابسهم، فإذا كان المتحدث ذا بطنة فإن ذلك

سيضخمها، وكلما ازداد توتر المتحدث ازداد المشهد هزلية، وعندئذ لن يستطيع المستمعون حبس مشاهرهم، فقد يضحكون سخرية وتتحول المحاضرة إلى شيء آخر. وفي رأيي أنه إذا أعطي المتحدث فرصة للجلوس في أثناء المحاضرة فعليه الجلوس؛ لأن ذلك سيجنبه كثيرًا مما وصفنا ويجعله أكثر ثباتًا واستقامة.

يجدر بنا قبل أن نختم تفاصيل هذه القواعد التي تمثل مهارات الإلقاء أن ننبه مقدم العرض على تجنب إلقاء النكات التي لا تكون مناسبة أو لا علاقة لها بموضوع المحاضرة، ورأيت بعض المحاضرين يضحك لنكتة سخيفة يلقيها هو ثم يضحك الناس على ضحكه، فيزيد ضحكًا ظانًّا أن الناس يضحكون لكلامه، ويتحول المشهد إلى مشهد عبثي لا يليق.

إن الذي يجيد مهارات الاتصال والتواصل يظهر الدفء والحميمية في كلامه، وكذلك حماسته لما يقول، ويتصف بالفصاحة وطلاقة اللسان والظرف والثقة. وما كان لنا أن نستطرد هذا الاستطراد لولا أهمية مهارات الإلقاء للطبيب؛ ولذا كان لزامًا علينا التفصيل.

غير أن هناك مهارات تواصل أخرى لا تقل أهمية عن الإلقاء، مثل مهارات كتابة التقارير، والتواصل الهاتفي في حالات الطوارئ والاستشارات، وفي حقبة التواصل الرقمي والمريض الإلكتروني (E-patient) لا بد للطبيب من أن يكون ملمًّا بوسائل التواصل الاجتماعي وكيفية التعامل معها.

الفصل الثاني عشر
الإبلاغ عن الأمراض الخطيرة

«إن حياة المريض يمكن أن تقصر؛ ليس بسبب ما يقوم به الطبيب، ولكن بكلماته وأسلوبه».

الميثاق الأخلاقي للاتحاد الطبي الأمريكي.

ذكرنا في مقدمة الكتاب أننا سنولي بعض الموضوعات اهتمامًا أكثر من غيرها؛ إما لأنها قليلة الحظ في مناهج كليات الطب ولا يدرب عليها الأطباء بالقدر الكافي، أو لأن الأبحاث والأدبيات المتاحة عنها ليست بوفرة المراجع في الموضوعات والمهارات السريرية الأخرى، ولعلنا لا نبالغ إن قلنا إن الأبحاث والمراجع في هذه المقررات شحيحة.

يمكن القول إنه لا إجماع هناك بين من تطرقوا إلى موضوع إبلاغ المريض عن الأخبار غير السارة وكيفية التعامل معها؛ ولذا ندعو الأطباء إلى الاطلاع على ما كتب في هذا الموضوع، ولتكن الكلمات المفتاحية للبحث هي نفس العنوان المذكور، وينبغي للطبيب ألا يتصفح إلا المواقع العلمية الموثوقة في الإنترنت، ومنها (Google Scholar, Medline) وغيرها، علمًا أن مقترحات الأطباء ذوي الخبرة أو الباحثين ستفيد الطبيب حين يواجه بمواقف مشابهة،

ونقترح على الأطباء العلماء أن يلتقطوا هذه الموضوعات أو بعضها كعناوين لمقترحات بحثية؛ كونها موضوعات بها شيء من الجدة - ربما - لم يتم بحثها في مجتمعاتنا.

نقل الأخبار غير السارة للمريض

يجمع أصحاب الخبرة في الطب السريري على أن نقل الأخبار غير السارة للمريض من التحديات الصعبة في الممارسة الطبية؛ لأن الجانب العاطفي يطغى فيها لدى الطرفين لا سيما إذا كانت علاقة الطبيب بالمريض طويلة ولصيقة.. قد يصاب الطبيب نفسه بالحزن أو الشعور بالذنب إذا تم التشخيص في وقت متأخر، وفي كثير من الأحيان يجد الطبيب نفسه في حيرة أمام هذه المعضلة، وربما يرتكب أخطاء فادحة، ولا شك في أن الطبيب يحتاج - بجانب المهارات - إلى شجاعة ورباطة جأش. لكي نتجنب الإسهاب في موضوع نقل الأخبار غير السارة سنحاول الإجابة عن بعض الأسئلة.

1. ماذا نعني بالأخبار غير السارة؟ وكيف يستقبلها المريض؟
2. لماذا يصعب نقل الأخبار غير السارة؟
3. ما الذي يهم المريض؟ وماذا يفضل كثير من المرضى؟
4. هل هناك وصفة واحدة لنقل الأخبار غير السارة للمرضى كلهم؟
5. هل ما يصلح للمريض في الغرب يصلح له في مجتمعاتنا؟

6. ما هي المهارات والخطوات التي يجب على الطبيب اتباعها عند نقل الأخبار غير السارة للمريض؟
7. وماذا بعد نقل الأخبار غير السارة؟

بدءًا ليس هناك تعريف واحد لما يمكن أن يسمى أخبارًا غير سارة، ولكن هناك اتفاق على أنها أي معلومات يتوقع أن تحدث تاثيرًا سلبيًّا في توقعات المريض عن حاضره ومستقبله. بالنسبة إلى كثيرين فإن الأخبار غير السارة تتعلق بتشخيص ينبئ بنهاية الحياة كالسرطان مثلًا، ولكن الأمر لا ينحصر في ذلك. يرى بعضهم أن تعريف الأخبار غير السارة يمكن أن يتضمن إلى جانب تشخيص مرض مهدد للحياة أي معلومات تحزن المريض؛ مثل فشل العلاج أو التطور غير الحميد للمرض (Poor prognosis).

لعل أبلغ ما يجسد استقبال المريض الأخبار غير السارة ما أورده المرجع السابق عن بطل سباق الدراجات الهوائية (لانس آرمسترونج)، حين أخطر بأنه مصاب بانتشار سرطان الخصية في جسمه، إذ قال: «خرجت من بيتي في الثاني من أكتوبر 1996م إنسانًا وعدت إلى البيت إنسانًا آخر». وطبعًا يختلف المرضى في استقبالهم مثل هذه الأخبار باختلاف الحالة النفسية والاجتماعية لكل منهم، ومن الصعب التكهن بكيفية تفاعل المريض مع الأخبار السيئة؛ ولذا فتهيئة المريض لذلك واجبة. كنت أحسب أننا شعوب تغلب عليها العاطفة أقل رباطة جأش في تحمل الأنباء المحزنة، وأن الإفصاح المباشر بهذه الأنباء يمكن أن يقتلنا قبل أن يقتلنا المرض، ولكني استوثقت بأن الناس هم الناس في أي زمان ومكان، فها هو الميثاق الأخلاقي للاتحاد الطبي الأمريكي (American

(Medical Ethics ينص في أوله على أن (حياة المريض يمكن أن تقصر؛ ليس بسبب ما يقوم به الطبيب، ولكن بكلماته وأسلوبه)[49].

"The Life of A Sick Person Can Be Shortened Not Only By The Acts, But Also By The Words or The Manner of A Physician."

تأخذ أغلب المنشورات في المجلات الطبية التي تناقش موضوع نقل الأخبار غير السارة للمريض برأي الأطباء في هذا الموضوع، وفي ممارسة أغلب الأطباء يكون التركيز على مناقشة التشخيص وتطور المرض مع المريض، ولكن دراسة أجريت على (187) مريضًا أجاب (138) منهم بأن الذي يهمهم في نقل الأخبار غير السارة هو المعلومات التي يمكن أو يجب أن يقدمها الطبيب عن إجراءات المعاجلة والمتابعة، ولم يطلب أي منهم معلومات أكثر عن التنبؤ بتطور المرض[50]، وعبر بعض هؤلاء عن أن ما يشغلهم هو الرعاية الصحية التي يمكن أن توفر لهم حين يحتاجون إليها، وبذلك يكون الإخبار عن التشخيص والعلاج وسيلة وليس غاية.

ثمة حقائق يجب أن يدركها الطبيب المتمكن في بلادنا، منها أنه لا توجد وصفة واحدة لنقل الأخبار غير السارة للمريض، و ليس كل ما يصلح للمريض في الغرب يصلح للمريض في مجتمعاتنا. وضح ملخص دراسات عدة عما يفضله المرضى أن خمسين إلى تسعين بالمئة منهم يفضلون أن يفصح لهم الطبيب عن كل شيء يتعلق بالمرض المهدد لحياتهم، ويقول كاتب الملخص بأن بقية المرضى (10% إلى 40%) يمثلون أقلية معتبرة؛ ولذا فعلى الطبيب (في الغرب) أن يتحقق من الطريقة التي يريد المريض أن يسمع بها الأخبار

غير السارة[51]، وإني أتصور أن الأرقام ستختلف إذا أجريت دراسات على المرضى في بلادنا أو راجعناها عليهم، وهذا ما نعنيه حين نقول إن ما يصلح لهم ليس بالضرورة أن يصلح لنا، وفي الحالتين فثمة حاجة إلى الأخذ بعين الحسبان إضفاء الطابع الشخصي حين التعامل مع المرضى، مما يشكل طريقة ومحتوى الأخبار وتقدير رغبة كل مريض واحتياجاته. وبالرغم من أن الإنسان هو الإنسان في الشرق أو في الغرب، إلا أن لكل مجتمع خصائصه النفسية، والعاطفية، وأبعادها الروحية والاجتماعية؛ ولذا يجب أن تكون لنا طرائقنا وموجهاتنا في هذا الموضوع، ولا بأس من الاستئناس بما انتهت إليه الدراسات في الغرب لعلنا نفيد من بعضها؛ فالحكمة ضالة الطبيب المؤمن. وضحت بعض هذه الدراسات أن تحويل التركيز في المقابلة الطبية من نموذج الوصاية على المريض (النموذج البيولوجي) إلى المقابلة التي يكون محورها المريض يفيد كثيرًا في تخفيف حدة الأخبار غير السارة.

يؤخذ على الموجهات الحالية في نقل الأخبار السيئة أنها بنيت على محاورات مثالية قلما تحدث في الوضع السريري، وكثيرًا ما يهمل مرافقو المرضى في هذه المحاورات، وعلى كل حال فلا بد أن يلم الطبيب الحاذق عندنا بهذه الموجهات، فإيجابياتها أكثر من سلبياتها، ويجب ألا ننسى أن أصحاب النظر اتفقوا على هذه الموجهات، وتضمنت وجهات نظر فئات مختلفة من العاملين في المجال الصحي. اجتمع على هذه الموجهات: اختصاصيو الأورام، وأطباء الأسرة، والجراحون، واستشاريو التمريض، والاختصاصيون الاجتماعيون، وعلماء الدين (في الغرب)، وممثلو منظمات حقوق الإنسان،

وشارك فيها بعض مرضى السرطان، وأطباء الامتياز، ومديرو المستشفيات. يجمع هؤلاء كلهم على أن الطبيب يجب ألا ينزع الأمل لدى المريض، ولعل هذه هي الحكمة القديمة التي أتت على لسان الرازي حين قال : «ينبغي للطبيب أن يمني المريض بالصحة ويرجيه بها وإن كان غير واثق بذلك؛ لأن مزاج الجسم تابع لأخلاق النفس»، وإشارة الرازي إلى الجسم والنفس هي إدراكه الحالة النفسية، أو ما يسمى بلغة اليوم السايكوسوماتية (Psychosomatic)، والتي تؤثر سلبًا أو إيجابًا في المريض حتى وإن كان داؤه قاتلًا، فتأثير الحالة النفسية في جهاز المناعة لدى الإنسان يمكن أن يطيل أو يقصر عمر المريض بأي مرض مهما كان مستعصيًا.

نقدم هنا ترجمة بتصرف لنموذج رابو ومكافي الذي تستخدم خطواته طريقة عملية مناسبة لنقل الأخبار غير السارة للمريض[52]. ينبني هذا النموذج على مصادر عدة، ويتكون من الخطوات الآتية:

1. الإعداد المسبق لجلسة إبلاغ المريض بالأخبار غير السارة:

أ. اسأل عما يعلم المريض عن المرض وطريقته في التأقلم أو التغلب عليه.

ب. اطلب حضور شخص يمكن أن يدعم المريض، سواء أكان من أسرة المريض أو خارجها.

ج. أعدّ الزمان والمكان المناسبين، وتأكد ألا مقاطعة أو تشويش.

د. تهيأ نفسيًّا لنقل الأخبار غير السارة.

هـ. حدد الكلمات والجمل التي ستستخدمها، ولا بأس من كتابتها.

و. اعمل تجربة لما ستقول.

2. تهيئة بيئة وعلاقة علاجية مع المريض:

أ. أعدّ مقاعد لجلوس الجميع.

ب. اجلس بالقرب من المريض بحيث يمكنك لمسه.

ج. طمئن المريض عن استعدادك لمساعدته على تجاوز الألم أو المخاوف.

3. ممارسة التواصل بصورة جيدة:

أ. عدم استخدام ألفاظ علمية معقدة.

ب. عدم الإفصاح عن كلمة سرطان أو موت.

ج. استخدام اللمس بصورة مناسبة.

د. اطلب إلى المريض أن يكرر ما فهمه من كلامك.

هـ. أعدّ لأكثر من لقاء مع المريض.

و. كرر ما تقوله، وأعط شيئًا مكتوبًا.

4. التعامل مع ردود فعل المريض وأسرته:

أ. تعرف تدرج المريض في: التأقلم، والإنكار، واللوم، والتفكير، وعدم القناعة، والقبول.

ب. راقب التفاعلات العاطفية للمريض: الغضب، والغيظ، والخوف، والرعب، والقلق، والشعور بالعجز، واليأس، والشعور بالهوان، والشعور بالذنب، والحزن، والشعور بالمرارة، والاستماع باهتمام، واستكشاف المشاعر، والتعبير عن التفهم.

5. تشجيع المريض، والتحقق من مشاعره، وتصحيح المفاهيم غير الصحيحة لديه:
   أ. صحح المفاهيم غير الصحيحة.
   ب. قيم تأثير الأخبار في المريض.
   ج. تأكد من فهم المريض لما أخبرته به.
   د. تصدَّ لاحتياجات المريض والخطط الآنية والمستقبلية.
   هـ. تحرَّ إن كانت للمريض أفكار انتحارية.
   و. حوّل المريض لأي جهة يمكن أن تقدم له مساعدة.
   ز. رتب لمتابعة المريض.

يتبع كثير من الأطباء في الغرب هذه الخطوات مع مرضاهم، فهل يمكن أن يتبعها الأطباء في بلادنا؟ والإجابة - كما ألمحنا من قبل - أن الطبيب يمكن أن يستفيد منها، ولكن ليس بالضرورة اتباعها بحذافيرها، بل إن هناك خطوات في هذه الموجهات قد تضر بالمريض مرض الموت في بلادنا. من ذلك - مثلًا - الخطوة الأولى في الموجه الثالث: «يؤسفني أن لدي أخبارًا غير سارة»، فإذا كان المرضى - أغلبهم - في الغرب يحبذون أن يكون الطبيب مباشرًا فإن كثيرًا من المرضى في بلادنا لا يحبذون ذلك، وبالرغم من أن تعاليم الإسلام مليئة بقيم الصبر عند الشدائد، وأن الأحاديث التي تبعث الطمأنينة في قلب المؤمن كحديث: «عجبًا لأمر المؤمن إن أمره كله خير؛ إن أصابته نعماء شكر، وإن أصابته ضراء صبر»*، إلا أن القرآن وصف الموت بأنه مصيبة

* أخرجه مسلم (رقم2999).

﴿فَأَصَٰبَتۡكُم مُّصِيبَةُ ٱلۡمَوۡتِۚ﴾ [المائدة: 106]، وبالرغم من أن أهل العلم يرون أن المصيبة تكون للأحياء وليس للأموات إلا أن منتظر الموت يعاني السكرات وما قبل السكرات، «لا إله إلا الله، إن للموت سكرات»*، وأهل العلم أنفسهم يقرون بأن سكرة الموت شديدة؛ لأنها (تأتي بالحق، والحق ثقيل)، إذن مصيبة الموت ليست هي مصيبة الفراق فقط؛ ولكنها مصيبة المقدم على الموت أيضًا.

بالرغم من كل ما يقوي المؤمن على تحمل البلوى فإن الغالب على الناس في بلادنا أنهم عاطفيون ورقاق القلوب، وربما وصفوا الشجاعة في مواجهة الشدائد بأنها من قساوة القلب، وهذه الحقيقة تحتم على الطبيب أن يعطي الأخبار غير السارة في جرعات متدرجة، ويفضل أن يؤدي التدرج إلى أن يدرك المريض الحقيقة بنفسه دون الحاجة إلى الطبيب لإخباره. إن الأخبار غير السارة ولا سيما الأخبار التي تنذر بالموت تخيف الناس، بل ترعبهم؛ لأن الموت لا يُؤْلَف بالرغم من أن الناس يموتون كل يوم، وكما يقول أهلنا في السودان: «الموت ما بتوالف»، ورغم صدق مقولة أبي العتاهية في أحد أبياته:

نح على نفسك يا مسكين إن كنت تنوح بين عيني كل حي علم الموت يلوح

ومع صدق هذه المقولة إلا أن الناس - عادة - لا يرون علم الموت الذي يلوح بين أعينهم، تمامًا كما لا يرون تاج الصحة على رؤوسهم حين يكونون أصحاء، فهذا إيليا أبو ماضي يتحسر، بل يتعجب، لفكرة الموت بالرغم من أنه حقيقة أزلية:

* أخرجه البخاري (رقم6510) ومسلم (رقم 2443).

أكذا نموت وتنقضي أحلامنا ... في لحظةٍ وإلى التراب نصير؟
وتموج ديدان الثرى في أكبدٍ ... كانت تموج بها المنى وتمور؟

يجب أن يستثمر الطبيب الحاذق في بلادنا في الروحانيات عند نقل الأخبار غير السارة أو بعدها، بل إن غير المسلمين يدركون أهمية ما يسمى العلاج الروحي (Religious therapry)؛ لأن هذا يقوي عزيمة المريض في مواجهة الموت. النصوص التي تعين الطبيب على نقل الأخبار غير السارة للمريض المسلم كثيرة، فالحض على الصبر والرضا بالقضاء والقدر تطل برأسها في غير موضع هنا وهناك، نحو قوله تعالى: ﴿وَٱلصَّٰبِرِينَ فِي ٱلْبَأْسَآءِ وَٱلضَّرَّآءِ﴾ [البقرة: 177]، وتوصية المريض بذكر الله تدخل الطمأنينة في قلب المؤمن الذي ينتظر رحمة الله، وقوله تعالى: ﴿أَلَا بِذِكْرِ ٱللَّهِ تَطْمَئِنُّ ٱلْقُلُوبُ﴾ [الرعد: 28]، وانتظار لقاء الله كما جاء في قول الرسول ﷺ: «من أحب لقاء الله أحب الله لقاءه»، قالت عائشة - رضي الله عنها - التي روت هذا الحديث: «أهو الموت يا رسول الله؟ فكلنا يكره الموت»، فقال: «ليس ذاك، ولكن المؤمن إذا دنا أجله بشر برضوان الله وجنته، فلم يكن شيء أحب إليه من الموت ولقاء الله»*.

ليس نقل الأخبار غير السارة ما يجب أن يهم الطبيب المتمكن فحسب، بل ما بعد نقل هذه الأخبار، فالطبيب مطالب بأن يقف إلى جانب المريض، لا الوقوف الحسي - وهو أمر مرغوب فيه - ولكن الوقوف المعنوي، وأن يبذل جهده لتخفيف آلام المريض ورفع معنوياته. ومن حقوق المريض على الطبيب أن يدعو له تمثلًا بالخلق النبوي الكريم: «إذا دخلتم على المريض فنفسوا له في الأجل، فإن ذلك لا يرد قدرًا، ولكنه يطيب نفس المريض»**.

---

* أخرجه البخاري (رقم6507) ومسلم (رقم2683).

** أخرجه الترمذي (رقم2087) وضعفه الألباني في ضعيف الجامع (رقم488).

وجدت تحت عنوان (الإخبار عن الأمراض الخطيرة) أحد المراجع العربية، يقترح سبع خطوات يستخدم فيها الطبيب تقديراته الإنسانية في جدوى إخبار المريض، وما هي المعلومات التي يضعها بين يديه مراعيًا ما يأتي[53]:

1. عدم مفاجأة المريض بالخبر السيئ، ومراعاة التدرج وإعداد المريض نفسيًّا لتقبل الخبر.
2. الاقتصار على المعلومات التي تفي بمعرفة المريض وفهمه حالته الصحية، وذلك دون الدخول في تفصيلات قد تزيد من قلقه، ويفضل إعطاء المريض معلومات يمكنه استيعابها في حالته تلك.
3. اختيار الوقت المناسب لإخبار المريض، ويفضل الوقت الذي يكون فيه المريض مستقرًّا نفسيًّا وجسديًّا ومهيئًا لتقبل الخبر، ويفضل وجود أحد أقاربه الذين يحترمهم ويثق بهم، فقد يسهل ذلك كله من مهمة الطبيب، ويفضل اختيارالزمان والمكان المناسبين للإخبار.
4. إعطاء وقت كاف للإبلاغ، فينقل الطبيب هذا الخبر وهو هادئ النفس، وألا يشعر المريض أنه في عجلة من أمره أو أنه مشغول.
5. التركيز على الجوانب الإيجابية؛ إذ يؤدي هذا إلى بعض الأمل في نفس المريض، عملًا بقول الرسول ﷺ: «يسروا ولا تعسروا، وبشروا ولا تنفروا»*.
6. تخفيف آلام المريض النفسية والجسدية قدر الإمكان، وعدم عزله أو البعد عنه بما يشعره بأن الطبيب قد يئس من حالته، والمناسب

* أخرجه البخاري (رقم3038) ومسلم (رقم1733).

أن يبلغ المريض بهذا الخبر طبيب ذو خبرة ودراية بهذا النوع من المرضى، والأصل أن الطبيب المعالج هو الذي يخبر المريض ولا يترك ذلك لمن هو دونه من الأطباء أو من ليس له خبرة بذلك.

7. للطبيب أن يستخدم تقديراته في جدوى إخبار المريض بجزء من الحقيقة، أو الاقتصار في بيان ذلك على ذوي المريض إذا رأى أن ذلك أصلح.

وخلاصة القول بأن نقل الأخبار غير السارة يدخل في مهارات التواصل، وأن الأمر يشكل تحديًا لاختصاصيي التعليم الطبي، أولئك الذين يحدثون المناهج بصورة دائمة وكلما ظهرت أدلة جديدة، وإن هناك حاجة ملحة لأبحاث مستقبلية في هذا المجال: دراسات مقارنة بين رؤى المعالجين المرضى، ودراسات لتقييم الموجهات المنشورة، ودراسات لتعرف أفضل الطرق لنقل الأخبار غير السارة في مجتمعاتنا. ونصيحتنا - إن كان من نصيحة تسدى إلى الأطباء - أن يطلع الطبيب على الأدبيات في هذا الموضوع بقراءة ناقدة، وألا يسلم بما يقرأ من غير تساؤل، وأن يستحضر - على الدوام - ثقافته وبيئته التي يمارس فيها حين يكون لزامًا عليه أن ينقل أخبارًا غير سارة.

الفصل الثالث عشر
مهارات الطبيب الشخصية

يجب أن يتضمن تعليم الطبيب ما يؤهله لأن يكون قائدًا.

خمس مهارات شخصية على الطبيب أن يتقنها حتى يوصف بالحذق، وقد تناولنا إحداها بشيء من التفصيل في فصل سابق، وهي مهارات التواصل؛ لأهميتها في عمل الطبيب وارتباطها بعمله الأساسي وهو الممارسة السريرية، ولذلك ألحقناها بالفصول الخاصة بالممارسة السريرية. نخصص هذا الفصل لبقية المهارات الشخصية وهي: مهارت القيادة، وحل المشكلات، والعمل كفريق، ومهارة ادارة الوقت. ولا شك في أن هذه المهارات ضرورية للمهنيين وغير المهنيين كلهم لبلوغ الفاعلية القصوى، أما بالنسبة إلى الطبيب فإن النقص أو الضعف في هذه المهارات سيؤدي إلى التقصير في الممارسة السريرية ومن ثم إلى رعاية صحية ناقصة الجودة. وبالرغم من أن بعض كليات الطب بدأت تخصص مساحات في مناهجها لهذه المهارات إلا أن هذه المساحات ضئيلة للغاية، ومعظم كليات الطب لا تعطي هذه المهارات اهتمامًا في مناهجها، ومن خبرتي الشخصية في لجان المناهج بكلية الطب فقد لاحظت أن همّ كثير من أعضاء هذه اللجان من أصحاب التخصصات السريرية

- بل شغلهم الشاغل - أن يضاعفوا المساحات المخصصة لتخصصاتهم السريرية، والتي تعنى بالتشخيص والمعالجة، ويتنافسون على وقت المنهج في ذلك، وإذا تجرأت أن تذكر أو تطلب مساحات للمهارات الشخصية يواجه ذلك بحدة في الرد، وربما كانت الإجابة: كيف تطلب ذلك ونحن لا نجد الوقت الكافي لتخصصاتنا الطبية؟ وفي النهاية تكون الغلبة للأكثر أصواتًا والأقوى سلطة. إني لأرجو أن يجد قارئ هذا الفصل ما يعينه على اكتساب هذه المهارات، وأن يسد هذا السفر هذه الثغرة في تدريب الأطباء.

مهارات القيادة

القيادة من المفاهيم الأصيلة في ثقافتنا، «إذا كنتم ثلاثة في سفر فأمروا أحدكم»، وكون الثلاثة يحتاجون إلى أمير (قائد) فهذا يؤكد أهمية أن يكون هناك من يقود. وكلمة (سفر) الواردة في الحديث تعني عندي (مهمة)؛ فالحياة رحلة ذات رسالة ومهمات جسام، وتحتاج إلى قيادة في حجم الرسالة. وقد يسأل سائل: هل من حاجة لقيادة في الطب؟ أليست مهمة الطبيب أن يشخص المرض ويعالجه؟ أيحتاج ذلك إلى مهارات القيادة؟ لقد وجه اتحاد الأطباء الكنديين هذا السؤال لأعضائه، فكانت الإجابة أن هناك حاجة وفراغًا[54]، ويورد المرجع المذكور مقولة أحد الكتاب: «ليس هناك من شيء في تعليم الطبيب وتدريبه ما يؤهله ليكون قائدًا».

"There is nothing in a physician's education and training that qualifies him to become a leader."

ذكر الأطباء في استجواب اتحاد الأطباء الكنديين أنهم يحسون بالحاجة إلى القيام بمهمة القيادة، ولكنهم ليسوا مؤهلين لذلك في عالم يزداد تعقيدًا كل يوم، غير أن أطباء كثيرين من كليات الطب لا يدركون أهمية تدريب الطبيب ليكون قائدًا، والحقيقة أن نقص مهارات القيادة يمثل تحديًا في الممارسة الطبية؛ إذ القيادة مهمة ليست بالسهلة، وجل تدريب الأطباء على المهارات السريرية، والمفارقة أن الطبيب يجد نفسه قائدًا للفريق الصحي بمجرد الخروج من بوابة كلية الطب دون أن يكون مؤهلًا لذلك.

أذكر أني نقلت بعد سنة وبضعة أشهر من تخرجي في كلية الطب للعمل في مستشفى ناءٍ في أقصى شمال السودان، وكنت الطبيب الوحيد في ذلك المستشفى. حين لحظة دخولي لمكتب الحكيمباشي (الطبيب المسؤول) أول مرة لأستلم مهماتي فوجئت بكبير الممرضين يقول لي: «سعادتك بعد نصف ساعة سترأس مجلس تأديب أحد العاملين بالمستشفى»، وكان هذا أسوأ ما بدأت به عملي في ذلك المستشفى. حاولت التهرب وطلبت إلى كبير الممرضين أن يقوم بذلك نيابة عني، فقال لي بأن القانون لا يسمح بذلك، فأصابني خوف لا سيما حين قال لي: «إن الكلمة الأخيرة والقرار لك في تأديب هذا الموظف». تأمل أيها القارئ لو أنك مكاني! طبيب حديث التخرج ليس له أدنى خبرة في الإدارة أو القيادة أو حتى في الحياة، على كلٍّ مر الأمر بسلام، إذ استنبطت القرار من أفواه من كان معي في ذلك المجلس وهم أصحاب خبرة وحكمة. ما كنت لأدخل في هذه التجربة العصيبة لو أنني تلقيت أي قدر من التدريب

في القيادة والإدارة. إن نقص التدريب في القيادة يجعلنا نسمع الجملة التي يرددها كثير من الأطباء: «اتركوني أعالج مرضاي».

لعل نقص التدريب على القيادة هو ما حمل البروفيسور أبل سميث من مدرسة لندن للاقتصاد - وهو مختص في اقتصاديات الصحة - ليقول: «الأطباء لا يحبون أن يديروا أو يداروا»[55].

"Doctors do not like to manage or be managed."

ويبدو أن هذه خصلة قديمة لدى الأطباء، فهذا هو الرازي يقول مؤكدًا أن: «الأطباء عاداتهم عادات الأمراء، وأمورهم نافذة على الأغنياء والفقراء؛ لأن من عاداتهم أن يأمروا وليس من عاداتهم أن يؤمروا»[56]. عدم إعداد الطبيب لقيادة الفريق الصحي يجعله يميل إلى القيادة بالأوامر كما في الجيش، وهذا الأسلوب يحيل الفريق الصحي إلى قطيع؛ وهو ما يسمى (القيادة من أعلى إلى أسفل) (Top down approach)، وفي مثل هذا الأسلوب من القيادة يتوقع الجميع الإجابة من الطبيب وهو ليس خبيرًا في هذا. يقول أهل الاختصاص بأن على الطبيب بوصفه قائد الفريق الصحي أن يسأل أكثر ويأمر أقل، وهكذا تكون القيادة بفريق متعاون.

قد يكون القائد مصدر إلهام لأعضاء فريقه، وقد يكون شخصية مرجعية، ولكن ليس بالضرورة أن يكون هو من يتخذ القرار منفردًا، فهو الذي يثمن التفكير الجمعي. القائد الحكيم يحترم خبرات أعضاء الفريق ويتعلم منهم ويكتسب مكانته بعلمه وأخلاقه وصفاته وأعماله، فالقائد قدوة، وأخلاقيات المهنة تُتَعلم من سلوكه مع المرضى ومع زملائه والمجتمع على حد سواء.

من واجبات الطبيب بصفته قائد الفريق الصحي التأثير والتحفيز والإلمام بالعلاقات الإنسانية وتحسين بيئة العمل، وأهم ما يميز الطبيب القائد مقدراته الذهنية وقدراته على اتخاذ القرار، وأن يدرك الفرق بين القائد الحقيقي والرئيس المسيطر «لا أريكم إلا ما أرى».

عدد أصحاب الاختصاص المهارات الضرورية للقائد، ومنها القدرة على التفكير الناقد والإستراتجي، والتعاون مع الآخرين، وإظهار القيم، والذكاء العاطفي (Emotional Neglligence)، وهو أن يكون مصدر طاقة وتفهم وثقة لفريقه ويتمتع بالمرونة والتؤدة لا سيما في أوقات الشدة[57]. وذكر آخر من مهارات القيادة أن يكون القائد صاحب رؤية[58]، وهنا تحضرني مقولة ثمينة لست أدري من قائلها: (فكّر كبيرًا، وأبدأ صغيرًا، ولكن تحرك الآن) (Think Big, Start Small, Act Now).

ذكر صاحب المرجع فيما ذكر من مهارات القيادة: الثقة بالنفس، والقدرة على التعاطي مع الضغوط، والإصغاء الجيد، والقدرة على حل المشكلات، وتكامل الشخصية، وبذل الجهد. وهنا أستدل بمقولة الرئيس الأمريكي ثيودور روزفلت: «اعمل ما بوسعك في المكان الذي أنت فيه وبما لديك من الموارد»[59].

"Do what you can with what you have where you are"

عدد مركز هولدن للقيادة صفات القائد بأنه الشخص: المحترم، والمتحمس، والمتفتح، والمبادر، والمرن، والمنظم، والثابت على مبادئه، والمكافئ، والمنفتح للتغيير، والقادر على التفويض، والمؤمن بالتعلم بالعمل. ولعل السؤال الذي يخطر على ذهن القارئ بعد تعداد هذه الصفات والمقدرات

هو (كيف للطبيب أن يكتسب هذه الصفات والمقدرات؟) والاجابة ليست عسيرة، فمسؤولية ذلك تقع على كليات الطب، وعلى الطبيب أن يدعم تدريبه في بناء مقدرات القيادة بالتطوير الشخصي وتنمية ثقافة القيادة. وربما يحسن في هذا المقام أن نزكي بعض عناوين كتب قيمة في القيادة والإدارة ومنها:

1. 7 Habits of Highly Effective People [60]
2. The leadership Challenge [61]
3. The E-Myth [62]
4. The five Dysfunctions of a Team [63]
5. First Break All the Rules [64]

إن التفكير الجمعي والقرار الجمعي والقيادة الجماعية التي تزيد احترام الناس للقائد الحقيقي هي التي ألهمت حكيم الصين لاوتزي مقولته عن صفات القادة العظام: «إن أعظم القادة هم أولئك الذين إذا ما أنجزوا مهمتهم وأدوا دورهم هتف الناس جميعهم: لقد أنجزنا ذلك بأنفسنا».

مهارات حل المشكلات

تعد مهارة حل المشكلات أهم مهارة في الحياة المهنية اليومية للأطباء وللمهنيين وغير المهنيين جميعهم، فمهمة الطبيب الأولى هي حل مشكلات المريض، فالحياة رحلة كدح وكبد في مواجهة التحديات، قال تعالى: ﴿يَٰٓأَيُّهَا ٱلۡإِنسَٰنُ إِنَّكَ كَادِحٌ إِلَىٰ رَبِّكَ كَدۡحٗا فَمُلَٰقِيهِ﴾ [الانشقاق: 6]، وقال عز وجل:

﴿ لَقَدْ خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ فِى كَبَدٍ ﴾ [البلد: 4]. وبالرغم من أهمية مفهوم حل المشكلات إلا أن القائمين على التعليم النظامي في كثير من دول العالم لا يولون هذا المفهوم اهتمامًا؛ ربما لأن فكرته ونظرياته وخطواته غير مستوعبة بالكامل، كذلك لم يحظ المفهوم بالأبحاث والدراسات إلا مؤخرًا. إن ما يعمق مفهوم حل المشكلات هو النظر إلى المشكلات على أنها تحديات تتطلب التفكير واستنباط الطرق والوسائل لمجابهتها، ويحتاج كل إنسان في هذه الحياة إلى أن ينمّي مهاراته في مواجهة المشكلات وإيجاد الحلول لها.

يرى أحد الباحثين الماليزيين أن التصدي العلمي لحل المشكلات ينبني على أساليب أربعة يتم اتباعها في اتخاذ القرارات، وهي[65]:

1. الخبرة، وذلك باستخدام الشخص خبراته السابقة في حل المشكلات المشابهة.
2. المشاهدة، وتكون بتطبيق الحلول التي يتبعها الآخرون أصحاب الخبرة.
3. التجربة والخطأ (Trial and error).
4. الأسلوب العلمي لحل المشكلات.

وقبل أن نخوض في الأسلوب العلمي لحل المشكلات، لا بد من الإشارة إلى أن حل المشكلات بالتجربة والخطأ أسلوب لا يصلح في عالم اليوم؛ لأنه مكلف، والنظرية المقابلة هي التعلم من النجاح وليس بالتجربة والخطأ، وقد أجريت العديد من التجارب والدراسات التي أثبتت نظرية التعلم من النجاح، وحتى الذين يقبلون بنظرية التجربة والخطأ يدركون أنها النظرية أو الوسيلة الأقسى

للوصول إلى الأهداف. وبناءً عليه، فنظرية حل المشكلات بالتجربة والخطأ لا مكان لها في الممارسة الطبية؛ لأن الخطأ فيها باهظ الثمن.

أول خطوة في الأسلوب العلمي لتحليل المشكلات في نظر الباحث الماليزي مجدي محمد هي إدراك المشكلة[66] فيقول: «ظهور أعراض مرضية يلفت النظر إلى وجود خلل يتطلب التحليل وسرعة الدراسة؛ لأن آلية حل المشكلات وتحليلها تبدأ بناء على ظهور مظاهر خلل يتطلب الانتباه». ويستطرد الباحث في أن «تعريف المشكلة هو وجود انحراف عما هو مخطط له، فمثلما تدرك الأم وجود مشكلة لدى طفلها عند ظهور أعراض مرضية، كارتفاع درجة الحرارة مثلًا، كذلك يدرك الفرد أن بوادر مشكلة معينة تلوح في الأفق، فيبدأ بتحليلها والتعامل معها».

الخطوة الثانية في الأسلوب العلمي لحل المشكلات تتمثل في تشخيص المشكلة؛ لأن معالجة الأعراض فقط لا يقود إلى الشفاء، فلا بد من تقصي الأسباب الحقيقية للمشكلة ومعالجتها، يتبع ذلك الخطوة الثالثة، وهي جمع المعلومات التي تساعد على فهم أبعاد المشكلة ومن ثمّ حلها. وبعد جمع المعلومات نبدأ في تحليلها، والنظر في عناصر المشكلة، وكيفية التحكم فيها من خلال آراء فريق العمل واقتراحاته، ومن ثم وضع البدائل الممكنة وتقييمها لتطبيق البديل الأنسب.

هذه الخطوات لازمة في أنواع المشكلات كلها وليس فقط المشكلات الطبية، أما الممارسة الطبية فهي كلها عن حل المشكلات، فالمريض يأتي بمشكلة صحية تحتاج إلى حل، وفي حال الصحة فإن حفظها يعد تحديًا يتطلب

حلولًا، وصحة المجتمع أو الصحة العامة تشكل في بعض الأحيان قضية متشعبة تحتاج إلى حلول ناجعة، ونحن نرى في كل يوم من الأوبئة الجديدة في العالم ودُوَله ما يشكل تحديات صعبة. إذن حل المشكلات في الطب والصحة من التحديات اليومية، وعلى الطبيب أن يتقن مهارة حل المشكلات؛ لكي يستطيع التعامل مع ما ذكرناه كله.

الهدف من حل المشكلات في الطب هو الوصول إلى القرارات الصحيحة التي تفيد المريض والسليم، ويعد بعض الناس حل المشكلات في الطب السريري مرادفًا لما يسمى التفكير السريري المنطقي (Clinical reasoning). ويرى أحد الباحثين أن حل المشكلات الصحية هو «العملية المعرفية الضرورية لتقييم مشكلة المريض الصحية وتدبيرها»[67]. وفي أسلوب أشبه بما اقترحه الباحث الماليزي في حل المشكلات غير الطبية فقد اتفق باحثون آخرون على أن خطوات حل المشكلات في الطب تبدأ بتكوين انطباع أولي عن المشكلة، يتبعه وضع فرضيات عن التشخيص المحتمل، ثم جمع المعلومات عن المشكلة وتحليلها، ثم استخدامها لتأكيد الفرضيات أو دحضها، وتستمر هذه العملية حتى الوصول إلى التشخيص النهائي، ومن ثم العلاج[68].

استشعارًا لأهمية تبني أسلوب حل المشكلات في التعليم الطبي، اتجهت كليات كثيرة من كليات الطب في العالم - وعلى رأسها كليات الطب في جامعات مرموقة، مثل جامعة هارفارد في الولايات المتحدة، وجامعة ماكماستر في كندا- للتحول إلى المناهج التي تعتمد حل المشكلات في تعليم الطب. وقد مضى الآن على التجربة بضعة عقود أثبت فيها خرّيجو هذه المناهج تفوقهم

على خرّيجي الجامعات التي تتبنى المناهج التقليدية، ولا سيما في التعامل مع المريض واحتياجاته غير الدوائية. وما يميز هذه المناهج أنها مبنية على مشكلات صحية حقيقية أو افتراضية يبدأ بها طالب الطب دراسته، ويبدأ الممارسة السريرية منذ السنوات الأولى في دراسة الطب. غير أن هناك بعضًا من خبراء التعليم الطبي لا يجزم بذلك، إذ انتقل التركيز من طرق التعليم إلى التركيز على النواتج (الإجادات المطلوبة)؛ ولذلك دعوا إلى مراعاة السياق المجتمعي والنظام الصحي السائد (Contextual Curricumlum).

مهارات العمل في فريق

بالرغم من أن مفهوم العمل الجماعي أصيل في ثقافتنا (النفير، يد الله مع الجماعة)، إلا أن كثيرًا من المتعلمين في أجيالنا الحاضرة يحبون (العزف المنفرد). لست أدري إن كان التعليم النظامي يغرس قيم تقديس الذات أم لا! فإن كان الأمر كذلك فلا بد من إعادة النظر في مناهج التعليم في مراحله كلها؛ وذلك بهدف غرس قيم العمل الجماعي. وإذا كان العمل بروح الفريق مهمًّا للنجاح في مناشط الحياة المختلفة، فإنه شرط أساس للنجاح في العمل الطبي، وهو مكمل لممارسة الطبيب تمامًا كما هو مكمل لأداء الفريق الرياضي. فإذا كان الفريق متناغمًا ومتناسقًا فإن احتمالات إنجاز العمل بصورة جيدة تكون كبيرة إذا ما قورنت بالأداء الفردي؛ ولذا فإن العمل كفريق ضروري لتقديم خدمة صحية عالية الجودة، وهو تجميع لخبرات أعضاء الفريق لفائدة المريض والمجتمع.

عرّف بعض المهتمين العمل كفريق بأنه يمثل مجموعة من المهارات والسلوكات المتداخلة لإنجاز أداء متميز[69]، علمًا أن الفريق الفعال هو الفريق الذي يدرك كل عضو فيه أدوار الأعضاء الآخرين واحتياجاتهم. على الطبيب الذي يرغب في اكتساب مهارة العمل في فريق إدراك أن العمل كفريق لا يتحقق بمجرد وضع مجموعة من الناس مع بعضهم، ولكنه يعتمد على الرغبة في التعاون للوصول إلى غاية مشتركة. ما نراه في كثير من المستشفيات أن الأطباء يمثلون إمبراطورية قائمة بذاتها، وكذلك التمريض، وكل يعمل داخل إمبراطوريته. العمل كفريق يتطلب إزالة الجدران بين هذه الإمبراطوريات حتى يعمل الجميع يدًا واحدة، والفرق التي يعمل أفرادها معًا بصورة جيدة لا تكاد ترى فيها الخلافات الشخصية أو المؤسساتية، وقلَّ أن تقع في الأزمات.

لاحظ أحد الباحثين أنه قلما تقام دعاوى الإهمال على المؤسسة الصحية إذا كان العمل فيها يتم بفريق فعال، والعكس صحيح، إذ إن أغلب المرضى الذين عانوا أخطاء التشخيص والمعالجة كانت معاناتهم بسبب عدم التنسيق والتواصل الجيد بين العاملين. ذكر الباحث أن أكثر من ثلاثمئة حالة أقيمت فيها دعاوى قضائية بسبب عدم التواصل والتنسيق نتج عنها إنفاق مئة مليون دولار في دفع التعويضات وتكلفة الدفاع في القضايا[70].

اهتمت منظمة الصحة العالمية بمفهوم العمل في فريق، وأصدرت تقريرًا بعنوان (لنتعلم سويًا .. لنعمل سويًّا من أجل الصحة)[71] (Learn together to work together for health)، واقترح التقرير أن يلتقي طلبة المهن الصحية المختلفة في مراحل معينة من تدريبهم لتعلم المهارات التي تعينهم على حل

المشكلات الصحية الأولوية والتي تحتاج إلى عمل الفريق. التركيز في مثل هذا التدريب يكون على تعلم التفاعل بين أعضاء الفريق، ويسمى هذا التدريب المشترك (تعليم المهن المتعددة) (ultiprofessional education). وهناك نماذج كثيرة ناجحة مثل هذا التدريب المشترك في: السويد، وأستراليا، والفلبين، والباكستان؛ حيث يتدرب الأطباء والممرضون سويًّا. ولعلّي أذكر في هذا المقام تجربتي الشخصية على مدى عقدين من الزمان، حيث كنا في عيادة طب الأسرة التابعة لمستشفى الملك فهد الجامعي بالخُبر، فكنّا نلتقي في التقرير الصباحي كل يوم أساتذة، وطلبة دراسات عليا، وهيئة التمريض؛ لنناقش حالات اليوم السابق أو لحضور محاضرة لزائر. لقد وثقت هذه الجلسات العلمية الصلة بين الحاضرين جميعهم، ولا سيما بين الأطباء وهيئة التمريض، ودعمت التفاهم بينهم.

يعدد تقرير منظمة الصحة العالمية مزايا التدريب المشترك للعمل كفريق بأنه:

1. يساعد المتدربين على اكتساب المعرفة والمهارات جماعيًّا.
2. يمكن العاملين من العمل الجماعي كفريق.
3. يزيل الحواجز بين مناهج التعليم الطبي.
4. ييسّر تكامل الخبرات والمهارات الجديدة.
5. يسهل التواصل بين الدارسين والمدربين ومقدمي الخدمة.
6. يقلل التناقض والخلافات بين أعضاء الفريق.

أثبتت دراسة أن أعضاء الفريق الفعال أكثر رضًا عن عملهم، وأنهم أكثر تصميمًا على الاستمرار فيه، وأقل إصابة بمتلازمة احتراق الذات (Burnout syndrome). لقد أظهر الملتزمون بالعمل كفريق مستويات عالية من الاستقلالية والمشاركة في اتخاذ القرارات. هذه النتائج تبين الانسجام بين العمل في فريق والاستقلالية، وليس التضاد. ولعل هذا يطمئن بعض الأطباء الذين يبدون تخوفًا من أن يؤدي التدريب المشترك إلى ضياع هويتهم واستقلاليتهم بمهنيتهم كأطباء. العمل كفريق يتطلب الإسهامات المتتالية – وليست المتوازية – من أعضاء الفريق، وأن تتسلسل المسؤولية في عمل الفريق، ويتطلب أيضًا أن يتعامل أعضاء الفريق بوصفهم زملاء لا رؤساء ومرؤوسين.

من أهم صفات الفريق الفعال أن تكون أهدافه وتقسيم الأدوار فيه واضحة، وأن يكون هناك احترام متبادل بين أعضائه؛ وأن يكون الفريق مدعومًا بمنظومة إدارية جيدة. ومن دواعي النجاح في العمل كفريق أن يبدأ التدريب عليه في سنيّ الدراسة الأولى بكلية الطب، وأن يستمر في الدراسات العليا والتعليم الطبي المستمر.

مهارات إدارة الوقت

ما أنفس الوقت! وما أسهل تضييعه! كما أوجز الشاعر في بيته:

والوقت أنفسُ ما عُنيت بحفظه وأراه أهون ما عليك يضيع

وقت الطبيب أنفس النفيس؛ لأنه مدخر لتفريج الكربات وتخفيف الآهات، ولأن كثيرًا من الأطباء يشعرون بأن الوقت لا يكفي لإنجاز أعمالهم وطموحاتهم كلها، وقد أوجز ذلك أبقراط حين قال: «الصنعة طويلة، والعمر قصير» (The Cart is Long and Life is Short).

وفقًا لموسوعة ويكيبيديا، فإن إدارة الوقت عملية تخطيط السيطرة الواعية وممارستها على الوقت لزيادة الفاعلية والكفاية والإنتاجية. ويعرف آخر فن إدارة الوقت بأنه (القدرة على إنجاز الأعمال بشكل منظم ومنسق في حدود الوقت المتاح، ومحاولة تحكمنا في الوقت واستغلاله بشكل جيد)، وإذا كان كثير من الأطباء يدركون أن الواجبات أكثر من الوقت المتاح فإن على الطبيب المتميز أن يتعرف فن إدارة الوقت ومهاراته.

الإدارة الجيدة للوقت ضرورية لمواكبة إيقاع الحياة المعاصرة وتجنب الضغوط، وتساعد الإنسان على الشعور بالاسترخاء، غير أن الإدارة الجيدة لا تعني أن يقوم الإنسان بمزيد من العمل، بل تعني إنجاز العمل بجودة عالية، وليس بالضرورة بكميات كبيرة. وهذا يعني أن نركز على ما يمكن أن يُحدث فرقًا في العمل أو الحياة الخاصة. من أساسيات إدارة الوقت إيجاد البيئة الداعمة للفاعلية، وتحديد الأولويات، ومن ثم القيام بالنشاطات المرتبطة بالأولويات، وتقليل الوقت المصروف على غير الأولويات. ومما يعين على تحديد الأولويات تقسيم المهمات إلى:

1. أعمال عاجلة ومهمة.
2. أعمال غير عاجلة، ولكنها مهمة.

3. أعمال عاجلة، ولكنها ليست مهمة.
4. أعمال غير عاجلة وغير مهمة.

يقول أحد الخبراء: إنه حين يرن جرس الهاتف ربما تبدو الحاجة ملحة للرد، ولكن يكون الأهم أن تواصل ما كنت تقوم به، وليس الانشغال بمكالمة هاتفية، ويقترح أن يترك المتلقي رسالة مسجلة لترد على المكالمات، ويرى هذا الخبير أن الذين يحسنون إدارة الوقت يجدون بذلك الوقت الكافي للتركيز على إنجاز الأعمال المهمة غير العاجلة، وبهذه الطريقة يقللون من فرص أن تصير المهمات عاجلة ومهمة[72]. اقترح كاتب آخر ما أسماه تحليل الوقت لاختبار النشاطات التي نقوم بها؛ إذ يرى أن نقوم بتسجيل نشاطنا اليومي، ثم نكتب ملاحظاتنا عن كل نشاط وكم من الوقت استغرقنا فيه، ثم نختبر كل نشاط بالاختبارات الآتية:

1. اختبار الضرورة: هل النشاط ضروري؟ ويقول إن كثيرًا من الأنشطة نقوم بها لمجرد أننا نحبها فقط، لا لأنها ضرورية.
2. اختبار الخصوصية: هل النشاط يخصني؟ سوف تكتشف أنك تقوم بمهمات كثيرة ليست من اختصاصك.
3. اختبار الكفاءة: هل انا أؤدي العمل بأكبر قدر من الكفاءة الممكنة ؟[73]

قرأت مرة – ولا أتذكر المصدر – أن اختصاصيي الإدارة في أمريكا يرون البقاء في مكان العمل لأكثر من ساعات الدوام من علامات عدم الكفاءة أو الكفاية. وهنا إشارة لما ذكرنا من قبل أن الإدارة الجيدة للوقت لا تعني أن يقوم

الإنسان بمزيد من العمل، ولكن تعني إنجاز العمل بجودة عالية. وبينما يرى بعض المهتمين بإدارة الوقت ضرورة أن يكون الإنسان منظمًا بإخلاء أدراج المكتب والتخلص من الملفات وتكريس الأوراق، يرى بعضهم الآخر أن المبالغة في ذلك تخرج الإنسان من دائرة العقل السليم، يقول الملصق الأمريكي: «إن طاولة المكتب الخالية علامة على فساد العقل». (An Empty Desk is A Sign of A Sick Mind)

مما يضيع وقت الطبيب مقابلات ممثّلي شركات الأدوية، فقد أجرى أحد الباحثين دراسة بعنوان: لماذا يجب على الأطباء رفض مقابلة ممثلي شركات الأدوية؟ انتهى الباحث فيها إلى أنه ينبغي للأطباء الكف عن مقابلة ممثلي شركات الأدوية، وذلك من باب التكامل الأخلاقي المهني والإدارة الجيدة للوقت[74].

أذكر أنني قضيت أشهرًا وسط الهند في دراسة لتقييم تأثير برنامج صحي في صحة الأطفال وحالتهم التغذوية؛ ومما أعجبني في هذه التجربة والتي نشرتها في مجلة (Tropical Pediatrics) أن القائمين على ذلك البرنامج – طبيب وزوجته – قررا أن يقسما وقتهما على النحو الآتي: 35% في الممارسة السريرية (الرعاية العلاجية)، و 35% للخدمات الوقائية (التطعيم والتوعية الصحية وتعزيز الصحة)، و 20% في تدريب الكوادر الصحية التي تعمل معهم، و 10% لتطوير أنفسهم. ولا شك في أن تقسيم الوقت بهذه النسب أمر فرضته طبيعة البرنامج الريفي الذي أقاموه بمقاطعة مهراشترا بالهند، وما زال قائمًا بعد وفاتهما، وليس بالضرورة اقتراح أن يقسم كل طبيب وقته كما فعل هذان

الطبيبان، ولكن العبرة من تجربتهما أنهما فكرا بجدية في كيفية تقسيم وقتهما والتزما هذا التقسيم، وقد شهدت على ذلك بنفسي، ورأيت آثاره الإيجابية.

وأذكر قصة أخرى طريفة عن أسلوب من أساليب إدارة الوقت وهو إدارة الورق، وقد طبقها أحد الأصدقاء، وكان رئيس مجلس إدارة مجموعة شركات معروفة بالمملكة العربية السعودية، قال لي: إن أول ما يفعله حين يأتي إلى مكتبه صباحًا هو أن يلقي في سلة المهملات الأوراق جميعها التي وضعها سكرتيره على المكتب. قلت له متعجبًا: «ماذا إذا كانت ضمن هذه الأوراق عقود أو شيكات أو أوراق مهمة؟»، فرد بهدوء: «إن أي ورقة مهمة في السلة ستخرج حتمًا، أما البقية غير المهمة فستظل في السلة». إنني لا أنصح زملائي الأطباء أن يفعلوا مثلما فعل صديقي، ولكن ألفت النظر إلى أهمية عدم تضييع الوقت مع الأوراق، وما أكثرها عندنا نحن الأطباء!

في ختام هذا الفصل إليك أيها القارئ الكريم بعض معينات إدارة الوقت والتعامل مع مضيعاته، وهي مأخوذة من مصادر عدة موثوقة:

1. انتبه دائمًا، والتزم جدولك وقوانينك في إدارة الوقت.
2. احترم وقت مرضاك، ولا تجعلهم ينتظرون أكثر مما يجب، فإن سياسة الباب المفتوح، على ما لها من حسنات وأنها قد تزيد رضا المريض والطبيب، قد تضيع وقت الطبيب مع من يدخلون دون سبب.
3. لا ترد على الهاتف وأنت تفحص مريضًا، إلا إذا كان من زميل، أو من هيئة التمريض، أو لحالة مهددة للحياة. اطلب إلى السكرتير أو السكرتيرة أن تحجب عنك المكالمات، وأن تتلقى الرسائل نيابة عنك.

4. يمكنك حذف نصف رسائل البريد الإلكتروني؛ لأنها في العادة لا تكون ذات أهمية، ورُدَّ على العاجلة منها فورًا، أو فوّض أحدًا للرد عليها، وأجل النظر في بعض الرسائل. عدد رسائل البريد الإلكتروني تختلف من شخص لآخر، فأنا - مثلًا- أتلقى يوميًّا نحو عشرة إلى عشرين رسالة نصفها يمكنني شطبها فورًا، ورسالتان أو ثلاث رسائل أرد عليها مباشرة، أما البقية فأؤجل الرد عليها إلى حين يتوافر الوقت المناسب.
5. درب أحد معاونيك على تلقي البريد العادي وفرزه وعرض المهم منه عليك.
6. لاتضيِّع الوقت في الاجتماعات التي قد لا تكون مفيدة، اعتذر عنها.
7. خصص وقتًا للأمور غير المتوقعة.
8. أغلق جهاز التلفاز، سماه أحدهم (المفسديون)، ولعله لا يقصد مفسدة ضياع الوقت، وإنما المفاسد الأخرى التي يجرها هذا الجهاز. ولكن مضيعة الوقت مع التلفاز كبيرة، وعدد الساعات التي يقضيها كثير من الناس مع الجهاز تفوق تلك التي يقضونها في أعمال مفيدة.
9. تعلم أن تقول (لا) لكثير مما يمكن أن يكون مضيعة للوقت.
10. حافظ على النوم مبكرًا؛ فإن ذلك يساعد على أن يكون اليوم التالي أكثر فائدة.
11. استفد من أوقات الانتظار والطيران؛ وعليك بالحاسوب المحمول في أوقاتك جميعها، فهو مكتبة ضخمة تحت يدك في كل زمان ومكان، وقد صارت أغلب الهواتف الذكية حواسيب محمولة.

وبعد، لا يحسبن أحدٌ أني أغالي في الطلب إن نصحت زملائي بتجنب مضيعات الوقت، وأن يحسنوا إدارة أوقاتهم إن أرادوا خيرًا لأنفسهم ومواطنيهم الأصحاء ومرضاهم. فهم جميعًا يحتاجون إلى وقت الطبيب وعنايته في حالة الصحة والاعتلال.

وختام حديثي في هذا الفصل أن الطبيب خمس نجوم هو الذي يدرك أن (العلم كثير، والعمر قصير)، ويعمل بمقتضى ذلك، ونسأل الله أن يبارك في أوقاتنا وأعمارنا.

الفصل الرابع عشر
مهارات مكملة لعمل الطبيب

«لا يزال الرجل عالمًا ما طلب العلم، فإذا ظن أنه قد علم فقد جهل».

نخصص هذا الفصل لمهارات نعتقد أنها مكملة لعمل الطبيب المتميز، وهي التي تعطيه صفة التمكن؛ لأنه حين يجيدها يكون قد أحاط بعلوم الطب علومًا تصقل عمله، وهذا معنى التمكن في الطب. من أهم هذه المهارات: التعلم والتعليم، والقراءة، والكتابة، والخط الجيد، والتحرير، وإجادة اللغات، واستخدام الحاسوب، والعمل المجتمعي التطوعي، وتقوية الذاكرة، والتعامل مع الإعلام ومواقع التواصل الاجتماعي.

التعلم الذاتي

تركز المناهج الحديثة في الطب على التعلم الذاتي (Self-learning) بحسبانه الرافد الأهم لمعارف الطبيب، ويتحدث أساتذة الطب اليوم عن التعلم مدى الحياة (Lifelong learning)، وهو أمر أصيل وقديم في تراثنا: «تعلموا العلم من المهد إلى اللحد»، و«لا يزال الرجل عالمًا ما طلب العلم، فإذا

ظن أنه قد علم فقد جهل». وتمتلئ كتب الأولين بالحث على العلم والتعلم، والقرآن الكريم يعظم العلم والعلماء: قال تعالى: ﴿يَرْفَعِ ٱللَّهُ ٱلَّذِينَ ءَامَنُوا۟ مِنكُمْ وَٱلَّذِينَ أُوتُوا۟ ٱلْعِلْمَ دَرَجَٰتٍ﴾ [المجادلة: 11]، ويحث على الاستزادة من العلم: قال تعالى: ﴿وَقُل رَّبِّ زِدْنِى عِلْمًا﴾ [طه: 114]. «العلماء ورثة الأنبياء»*، وإذا كان طلبة العلم يهاجرون من بلد إلى بلد لتحصيله فإن العلم اليوم أصبح متاحًا، فمحرك البحث جوجل (Google) على ضخامة ما يحتويه يختبئ في جيبك إذا كنت ممن يحملون الهاتف الذكي، أو يكون على مقربة منك في مكتبك، وهناك محركات بحث عديدة، فليس ثمة شيء من العلم لا يمكن الحصول عليه بنقرة أو نقرات في لوحة أحرف الهاتف أو الحاسوب. ييسر هذا الاكتشاف المدهش التعلم في أثناء الدراسة وفي أثناء العمل، ويوفر أوقاتًا ثمينة لطالب الطب والطبيب، ولكن الأمر المهم هو أن يعلم المتعلم من أين يحصل على المعلومة التي يريدها؛ فالإنترنت مليء بالغث والثمين، ولكن هناك مواقع موثوقة ومتفق عليها.

يحتاج الطبيب إلى مهارات التعلم، ليس فقط لتجويد المهارات المهنية، ولكن أيضًا لتعلم العلوم المكملة للطب مما لا يتسع منهج الطب لدراستها، ومنها: علم النفس، وعلم الاجتماع، وعلم اقتصاديات الصحة، وعلم الإنثربولوجيا الطبية. ولا نطلب إلى الطبيب التبحر في هذه العلوم، ولكن الأخذ منها بقدر ما يحتاج إليه تخصصه، ولا بد أن نخص علم النفس بالذكر هنا؛ لأهميته في ممارسة الطب. الذي يجدر التنبيه عليه هنا أن علم النفس الغربي - بالرغم من فوائده - لا يصلح كله للممارس المسلم؛ لأن بعض مبادئه ومفاهيمه مبنية

* أخرجه أبوداود (رقم3643) والترمذي (رقم2682) وصححه الألباني في صحيح الجامع (رقم6297).

على نظريات وفلسفات لا تتفق وقيمنا وأعرافنا وعقائدنا، وهو كما وصفه أحدهم (علمٌ بلا روح)، وقد كتب الدكتور مالك - أستاذ علم النفس الشهير كتابًا باللغة الإنجليزية بعنوان معضلة اختصاصيي علم النفس المسلمين[75] The Dilemma of Muslim Psychologists، يوضح فيه مزالق الاتباع الأعمى لمناهج علم النفس الغربي، وقد بنى الدكتور بدري كتابه على ورقة بعنوان (اختصاصيو علم النفس المسلمين في جحر الضب)، وننصح بأن يكون كتاب الدكتور بدري كتابًا منهجيًّا لطلبة السنوات الأولى في كليات الطب في بلادنا.

إن الطبيب الذي لا يداوم على التعلم الذاتي والمستمر يغدو خطرًا على مرضاه؛ فعلوم الطب تتجدد كل يوم، وكذلك أساليب الوقاية والمداواة، فلا بد أن يواكب الطبيب المستجدات؛ حتى يعطي مريضه أفضل ما توصل إليه الطب الحديث. لاحظت أن بعض الأطباء - وإني لأربأ بك أن تكون منهم - همهم الحصول على الشهادة، وبعد الحصول عليها تصير الشهادة شاهد قبر، أكرر هنا قول الرازي: «الأطباء الأحداث والأميون والمقلدون ومن قلّت عنايته وكثرت شهوته قتالون»، ولا أظن أنه يقصد بالأميين غير أولئك الأطباء الذين لا يجددون معلوماتهم بالتعلم الذاتي. وأجدني متفقًا مع الرازي في أن هذه النوعية من الأطباء يمكن أن تؤدي ممارساتهم إلى القتل - لا قدر الله- . ويرى الزرنوجي - وهو من رواد التعليم الأوائل في التراث العربي - أهمية أن يحرص المتعلم على صحته حتى لا ينقطع عن التعلم، يقول: «لا بد لطالب العلم من القوة ومعرفة ما يزيد فيه وما يزيد في العمر والصحة ليتفرغ لطلب العلم». وللتعلم آداب وشروط ينبغي للمتعلم - طبيبًا كان أم غير ذلك - التزامها، وقد لخص بعضها الإمام الشافعي حين قال:

ألا لا يُنـال العـلـم إلا بسـتةٍ سـأنبيك عن تفصيلها ببيـان

ذكاءٌ وحرصٌ واصطبارٌ وبُلغةٌ وإرشـاد أستاذٍ وطول زمان

ويقول الزرنوجي: «وينبغي لطالب العلم أن يكون متأملًا - في الأوقات جميعها- في دقائق العلوم، ويعتاد ذلك، فإنما تدرك الدقائق بالتأمل؛ ولهذا قيل: تأمل تدرك. ولا بد من التأمل قبل الكلام حتى يكون صوابًا؛ فإن الكلام كالسهم، فلا بد من تقويمه بالتامل قبل الرمي حتى يكون مصيبًا»[76]. على الطبيب ألا يدع مصدرًا من مصادر التعلم إلا ويطرقه، فذكرنا التعلم من الإنترنت بحسبانه معينًا عصريًّا لا يمكن الاستغناء عنه، ولكن هناك مصادر أخرى كثيرة للتعلم، فالعلم - كما قيل -: «ما يؤخذ من أفواه الرجال؛ لأنهم يحفظون أحسن ما يسمعون، ويقولون أحسن ما يحفظون». ومن مفاتيح العلم السؤال، ورأيت كثيرًا من طلبة الطب يرهبون السؤال خشية أن يسخر منهم أساتذتهم أو زملاؤهم، وإليك رأي الشاعر في هذا:

وليس العمى طول السؤال وإنما تمام العمى طول السكوت على الجهل

يقول الزرنوجي: «من الورع في حال التعلم أن يحترز طالب العلم عن: الشبع، وكثرة النوم، وكثرة الكلام في ما لا ينفع، وأن يتحرز عن أكل طعام السوق إن أمكن؛ لأن طعام السوق أقرب للنجاسة والخيانة، وأبعد عن ذكر الله، وأقرب للغفلة، ولأن أنظار الفقراء تقع عليه ولا يقدرون على الشراء منه، فيتأذون بذلك فتذهب بركته». وتستمر نصيحة الزرنوجي للمتعلم في حثه على: الطهارة،

وشغل النفس بأعمال الخير، والتحمل لاسيما من السفهاء، ومجاورة الصلحاء، واستصحاب دفتر فارغ، وحفظ الصحة. وينهى عن: الجدل، وسخط المعلم، والتكبر، والكسل، والبطنة، والطمع، والحسد، والنزاع والخصام، وسوء الظن، وتضييع الوقت، وكثرة النوم، والكذب، ونوم الصباح، وإكثار مجالسة النساء إلا عند الحاجة. ما أبلغها من نصيحة! وما أبلغه من معلم! وسنجلّه أكثر إذا علمنا أنه كتب هذا في العام 620هـ؛ أي قبل أكثر من ثمانمئة عام. أنعم بهؤلاء الرجال الذين أوتوا بصيرة المؤمن الذي يرى بنور الله. البلغة تعني كفاية العيش بحيث لا يحتاج في أمر الرزق إلى الغير، فإن الاحتياج يشوش القلب.

التعليم

من حق أعضاء الفريق الصحي على الطبيب أن يعلمهم ويدربهم، وهذا من حق المجتمع أيضًا؛ ولذا لزم أن يجيد الطبيب مهارات التعليم والتدريب. أغلب الطب يُتَعلم بالقدوة والتدريب العملي، وبمصاحبة أصحاب الخبرة من الأساتذة، وبملازمة المرضى لبناء القدرات والمهارات. وتعليم المواد النظرية - رغم إيماننا بأهمية تقليصها - تظل ضرورية، وهي ما ينبغي للطبيب إجادة أنواعها كلها، فاليوم يتكلمون عن التعليم الإبداعي الذي تتعدد أنواعه، فهناك التعليم الإلكتروني، والتعليم التفاعلي، والتعليم النشط، والتعليم عن طريق حل المشكلات. يدعو صديقي الدكتور زهير السباعي في كتابه الصغير حجمًا الكبير معنًى إلى تعليم «يربي الإنسان ويطور ملكاته، ويعده لكي يفكر ويخطط ويستكشف، يهيئه ليكون أداة صالحة للتغيير إلى الأفضل؛ وليس مجرد تزويده

بالمعلومات أو منحه الشهادات»[77]، ويروي الدكتور السباعي عن مشاركته في ندوة عقدت في مدينة شيكاغو بالولايات المتحدة عن التعليم الطبي الحديث فيقول: «جمعونا في غرفة تفصلها عن الفصل الدراسي نافذة زجاجية، الفصل يضم عشرين طالبًا، يدخل عليهم تباعًا في كل ساعتين مدرس، طُلب إلينا تقويم هؤلاء المدرسين، ماذا تعتقدون كان معيار المعلم الجيد؟ إنه المعلم الذي ينسى طلبته وجوده بينهم، مهمته أن يتدخل إذا اقتضى الأمر لإعادة الحوار إلى مجراه، أو الإشارة إلى مصدر من مصادر المعلومات وليس إعطاء المعلومة، فالطلبة أنفسهم يحضرون المادة التعليمية ويتحاورون فيها، ويحددون الدور الذي ينبغي لكل واحدٍ منهم أن يقوم به لاستكمال البحث».

من خصائص التعليم الفعال أن يؤدي إلى التفكر وليس التذكر، وإلى التفهيم وليس التلقين. فالتلقين كطريقة للتعليم معيب؛ لأن المعرفة فيه تنساب من الأستاذ للطالب في اتجاه واحد؛ فلا نقاش ولا حوار. ويؤدي التلقين إلى التسليم بما يتعلمه الفرد ويحفظه دون تساؤل أو تفهم، ومن ثم يصبح العقل أداة ترداد وحفظ (يا له من ببغاءٍ عقله في أذنيه!) بدلًا من أن يكون وسيلة تحليل ونقد. علينا دائمًا تذكر أن التعليم ليس غاية في حد ذاته، ولكنه أداة لتخريج أجيال مستنيرة قادرة على مواجهة التحديات. وللتعليم الفاعل متطلبات، منها: التفكير النقدي (Critical Thinking)، والتفتح الذهني (Open mindedness)، والتسامح (Tolerance)، واحترام الحقيقة (Respect for truth)، وحب العلم (Love of knowledge)، وكل هذه مهمة في تعلم الطب وممارسته. ولأن العمر قصير والعلم كثير في الطب والدراسة تطول فلا بد أن «يشترك

المعلم والمتعلم في ضرورة الاجتهاد في: الاشتغال، والمطالعة، والتعليق، والمباحثة، والمذاكرة، والحفظ، والقراءة، والإقراء، وفي دوام التعلم، وطول المسألة، فإن ظن الاستغناء والاكتفاء جهل، والعلم قفل مفتاحه السؤال». وقيل: «من لم يكن الدفتر في كمّه لم تثبت الحكمة في قلبه»[78].

عند تعليم الزملاء وتدريبهم على الطبيب المعلم تذكر حقيقة مهمة، ألا وهي أن طريقة التدريس أو التدريب في أهمية المادة نفسها التي ندرسها، أهم ما في هذه الطريقة احترام المتدربين والعناية بهم، وأن يكون جو التدريب وديًّا. وفي تدريس المنهج الإبداعي في الطب، والذي يعتمد حلقات النقاش، فإن التعليم الجيد ليس حشو رؤوس المتعلمين، ولكنه المقدرة على استخراج الأفكار منهم. هناك سبع خطوات مهمة في التدريب والتعليم السريري:

1. تحديد أهداف التعلم وتوقعات المتدربين.
2. تحفيز المتدربين.
3. تنشيط ذاكرة المتدربين.
4. توجيه انتباههم.
5. التواصل المستمر معهم.
6. توفير فرصة مناسبة للممارسة.
7. تقييم جهود المتدربين وتعزيزها.

إن أفضل التدريب في الطب ما يكون حول المريض؛ أي في أثناء المرور اليومي وإجراء المقابلة مع المريض، وحضور الإجراءات الطبية والعمليات،

إضافة إلى حلقات النقاش في القاعات الدراسية، وفوق هذا كله فإن المعلم القدوة في الطب هو الذي يكون مثالًا لزملائه في خدمة الناس لاكتساب الأجر من عند الله وتحقيق الأهداف النبيلة للمهنة، وهي - كما ذكرنا مرارًا- حفظ الصحة إذا كانت موجودة، وردها إذا كانت مفقودة؛ وليس تحقيق الأجندة الخفية في الطب والمتمثلة في العينات الخمس التي أتينا على ذكرها: عيادة، وعروسة، وعمارة، وعربية، وعزبة. وعلى الطبيب المعلم أن يكون ملمًّا بطرق التدريب في الطب، وتتضمن: المحاضرة، وحلقات النقاش (Discussion groups)، والعصف الذهني (Brain storming)، وأسلوب المحاكاة (Role play)، ودراسة الحالات (Case studies)، والتطبيق الإيضاحي (Demonstrations)، والتدريب العملي (Practical training). على كليات الطب ألا تفترض أن كل من يُعَيّن فيها يستطيع أن يقوم بالتدريس والتدريب دون تهيئة، ومن البشائر أن عددًا من جامعاتنا أنشأت أقسامًا لتدريب الأساتذة فيها وتطويرهم.

القراءة

لم أجد ما أبدأ به تحت هذا العنوان أفضل مما ورد في **دليل المعلم في المكتبة والبحث**، وهو من الكتب المقررة في التعليم السعودي. يقول واضعو الدليل: «إن القراءة من أهم الوسائل لاكتساب العلم والثقافة، وهي أحد فنون اللغة الأربعة: التحدث، والاستماع، والكتابة، والقراءة. والشعوب التي تهتم بالقراءة غالبًا ما نجد أفرادها مثقفين واعين، يكثر بينهم العلماء والباحثون، وينعكس ذلك على تقدمها ورقيها، أما الشعوب التي لا تهتم بالقراءة فهي تعيش

على هامش الحياة؛ يسودها الجهل والتخلف الحضاري، والشخص الذي يكثر من القراءة تكون شخصيته قوية؛ لأن القراءة تكسبه ثقةً بنفسه وتحسن مستواه العلمي والثقافي. ومن فوائد القراءة أيضًا: أنها تنظم التفكير، وتوجه البحث العلمي، وتربط الباحثين في شتى أنحاء المعمورة برباط قوي في موكب العلم والمعرفة». ويمضي الدليل فيصنف أنواع القراءة إلى: قراءة للترفيه (وهي قراءة القصص والرحلات)، وقراءة للحصول على حقائق محددة، وقراءة للفهم (مثل قراءة الصحف لتعرف ما يدور في العالم)، ثم القراءة للنقد، وهي أعلى درجات القراءة؛ لأنها تشتمل على الفهم والإحساس بقيمة ما يقرأ الإنسان، وتتطلب القدرة على تحليل أفكار المؤلف ومعلوماته وتقييمها، ويقوم بهذا النوع من القراءة قارئو الأبحاث والأساتذة عند التصحيح[79].

إننا لا نحجرعلى الطبيب أي نوع من أنواع القراءة، بل نحثه على أنواعها كلها؛ ولكننا نؤكد على أن النوع الأخير من القراءة (القراءة الناقدة) مهارة يجب أن يجيدها الطبيب، وعن طريقها يستطيع أن يقيِّم ما يقرأ في مجال تخصصه؛ ولا سيما قراءة الأبحاث لممارسة الطب المبني على البرهان، ويسمى هذا النوع من القراءة التقييم النقدي (Critical appraisal)، وهو الذي يعين الطبيب على اتخاذ القرارات الصحيحة لمعالجة مرضاه.

قدمنا القراءة على الكتابة لأنها متطلب لها، لكن الذي يؤسف عليه أن العامة وكثيرًا من الخاصة في مجتمعاتنا لا يقرؤون ولا يكتبون، فنحن أمة (اقرأ) التي لا تقرأ، وقد وصم هذا الأمر ثقافتنا بأنها ثقافة (شفاهية)، فالعلم والحكمة في صدور الرجال والنساء، فإذا مات أحد هؤلاء لكبر سنه

فإن موته يعدل حريق مكتبة ضخمة لتراث الأمة. ويمتاز عنا أهل الغرب بأنهم يحبون القراءة، فتراهم يطالعون كتبهم وهم في القطارات والطائرات وصالات الانتظار، وأذكر أنني شهدت المكتبات المتنقلة في بريطانيا، وغيرها من البلاد الأوروبية، تجوب القرى والضواحي، ويتهافت عليها سكان تلك البقاع. وأذكر تمامًا أول يوم لي في معهد طب الأطفال بجامعة لندن حين ذهبت هناك للتخصص والدراسات العليا، كان أول يوم في الدراسة زيارة لمكتبة المعهد للتعرف إليها، وكيفية الإفادة منها.

المكتبة الطبية اليوم تختلف عنها بالأمس؛ فالجزء الأكبر من المكتبات الطبية مكتبة إلكترونية ممتلئة بشاشات الحواسيب، وتربطك بمكتبات العالم الكبيرة كلها. على الأطباء أن يدركوا أن زمن الاعتماد على الكتب المرجعية السميكة قد ولّى، والحقيقة التي يجب أن يدركها الجميع أن الكتاب المرجعي الكبير ربما يتجاوز عمره الخمس سنوات حين يكون متاحًا في المكتبات، فمثل هذه الكتب يستكتب فيها أساتذة الطب؛ كلٌ يكتب الفصل الذي يخصه، وتستغرق كتابة المادة ربما عامًا أو أكثر، ثم ترسل إلى محرر الكتاب الرئيس والذي يرتبها وينقحها، ثم يرسلها إلى الناشر، ثم تعود إليه ومن ثم لكتّاب الفصول؛ لمراجعتها، ثم للناشر مرة أخرى لصفها، وأخيرًا طباعتها، ويستغرق ذهابها للمكتبات وقتًا، مما يجعل المادة التي تحويها قديمة نسبيًّا. يستحب للأطباء القراءة من المجلات الطبية؛ لأن المعلومات فيها أكثر حداثة، وكذلك المجلات صارت قراءتها من مواقعها على الإنترنت أسرع من انتظار النسخة الورقية.

سرني كثيرًا أن جاءني بعض طلبة كلية الطب التي أعمل بها في الدمام يقترحون إنشاء نادٍ للقراءة، وطلبوا إليّ أن أرعاه، وكانت مبادرة كريمة لم أشأ إلا أن أباركها وأثمنها، كان الباعث لهؤلاء الطلبة أنه يمكن لهم أن يفيدوا منها في أوقات الانتظار بين المحاضرات في الاطلاع على الكتب الثقافية والتي وضعوها في أرفف صالات الكلية. إنني أحيي مثل هذه الروح والهمة العالية لدى طلبة كلية الطب، وكنت دائمًا أحدثهم عن أهمية القراءة، وأقول لمن يأتيني منهم: «أنت ما تقرأ»، وأنصحهم بالالتحاق بدورات التدرب على القراءة السريعة التي تعتمد على نظرية المسح الضوئي (Scanning)، وقد سبقنا إليها الأئمة الأولون، فالإمام الشافعي - مثلًا - كان يقرأ الكتب الكبيرة في ساعات قلائل مستخدمًا ذات الطريقة. إنني لأرجو أن يكون طالب الطب والطبيب قارئًا فهمًا نهمًا؛ لأن للكتب كما يقول الدكتور عمر شاع الدين: «وشائج وداد فائقة، ولا يدفعنا الظن إلى بطلان رأي الذي بدل بالكتب الصحاب، أو الإخوان أو الأبناء».

الكتابة

تطرقنا في فصل سابق إلى ما أسميناه الطبيب العالم، وذكرنا أن الطبيب خمس نجوم لا تكتمل نجومه حتى يكون طبيبًا عالمًا: يجري الأبحاث، ويكتبها، ثم ينشرها. تكثر فئة الأطباء العلماء في الوسط العلمي الطبي الغربي وتقل بين أطبائنا، ولكي يرتقي الطبيب إلى مصاف (الأطباء العلماء) فإن عليه أن يجيد مهارات الكتابة بأنواعها ولا سيما الكتابة العلمية، عملًا بما نردده دائمًا (على العلماء أن يكتبوا؛ فالعلم صيد، والكتاب قيد)، وقد ورد في الأثر: (قيدوا العلم

بالكتابة). والكتابة لأغراض علمية وغيرها علمٌ وفن، له مهاراته التي يجب أن يتدرب عليها الطبيب.

يحتاج الطبيب المتمكن إلى أن يكتب نتائج أبحاثه بطريقة علمية بحتة، ويحتاج أيضًا إلى كتابة الكتيبات التثقيفية لمرضاه ولعامة الناس، وربما يحتاج إلى كتابة المقالات في الصحف. ويذهب بعض الأطباء إلى أكثر من ذلك، فيكتبون الروايات والقصص، ويبرعون في ذلك؛ لأن كثيرًا من قصصهم تدور حول تجاربهم في الحياة، وتجد مثل هذه الكتابات رواجًا كبيرًا، بل إن كثيرًا من هذه الكتابات تحول إلى مسلسلات تلفزيونية، فما يجري في المستشفيات يثير دهشة المُشاهد ويشده، فصارت صنعة. وكثير من الأطباء يكتبون في الأدب والشعر، وهناك أسماء كبيرة من الأطباء الأدباء والشعراء.

مهارة الكتابة العلمية للأطباء تتطلب إجادة قدر من التحرير الطبي (Medical editorship)، وهذا مجالٌ قائم بذاته يتخصص فيه بعض الأطباء، بل إن هناك شركات متخصصة تساعد على الكتابة العلمية، وأذكر أنني حضرت مؤتمرًا عالميًّا عن التحرير الطبي في مدينة شيكاغو بالولايات المتحدة، وقد أُقيم على هامش ذلك المؤتمر معرضٌ للمنشورات ذات الصلة، فدهشت عند دخولي إلى قاعة المعرض، ورأيت ممثلي شركات لكتابة البحوث ولافتاتهم تقول: (نحن نكتب لك بحثك)، فاقتربت من موقع إحدى هذه الشركات، وقلت لممثلها: «ألا تتعارض لافتتكم مع أخلاقيات الأبحاث؟ كيف تكتبون الأبحاث لغيركم؟»، فأجابني بهدوء: «نحن لا نجري الأبحاث ولا نكتبها لأصحابها، بل نساعدهم على فنيات الكتابة العلمية»، فالباحث يأتي بمسودة ورقته، وهم

يساعدونه على تبييضها لكي تكون قابلة للنشر. هذه الممارسة تحسب أخلاقية؛ لأن أغلب دور نشر المجلات العلمية توظف محررين محترفين مهمتهم ضمان التزام الباحث خطوات الكتابة العلمية وفنياتها، إضافة إلى التحرير اللغوي لما سينشر في المجلات العلمية. سألت ممثل شركة الكتابة العلمية في شيكاغو: كم تتقاضون على تحرير ورقة علمية؟ فذكر رقمًا فلكيًّا لا أذكره، حملني هذا على الاعتقاد أن الطبيب العالم يجب أن يجوّد مهارات الكتابة العلمية، ليس فقط لقيمتها المعنوية، ولكن ليوفر ما يمكن أن يدفعه لمثل تلك الشركات، والطبيب العالم المتمرس في الكتابة العلمية يقع عليه واجب تدريب زملائه الأصغر سنًّا وخبرة على فنون الكتابة العلمية وأساسياتها.

هناك العديد من الكتب الجيدة التي وضعها الخبراء في مجال الكتابة العلمية، وكذلك المنظمات غير الربحية التي تهتم بذلك. وجدير في هذا المقام أن نسمي مرجعين مهمين قمينٌ بطلبة الطب والأطباء الرجوع إليهما قبل الشروع في الكتابة، الأول:

"Biomedical Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Journals"

تمثل المتطلبات الواردة تحت هذا العنوان الإرشادات والخطوات التي وضعتها اللجنة الدولية لرؤساء تحرير المجلات العملية والتي تختصر في (ICMJE)؛ لإعداد الأوراق العلمية المعدة للنشر، وموقع هذه اللجنة: (www.ICMJE.org)، والاسم الشائع السابق لهذه الإرشارات والخطوات هو (Vancouver Style). أما المرجع الثاني الذي ننصح به فهو منظمة الاتحاد العالمي للمحررين الطبيين (WAME)، والاسم المطول لها (World

(Association of Medical Editors، وهي أيضًا منظمة غير ربحية، ولها موقع في الإنترنت يعد مصدرًا مهمًّا لمحرري المجلات العلمية ولكافة الأطباء الراغبين في التبحر في مهارات الكتابة العلمية، حيث يحتوي الموقع المبادئ التوجيهية لكتابة الأبحاث، وموقع هذه المنظمة في الإنترنت هو (www.WAME.org). وقبل الاستعانة بهذه المواقع يجب على الطبيب أن يقرأ - بعناية - توجيهات المجلة المراد النشر فيها للباحث (Instructions to the authors)؛ لأن لكل مجلة متطلبات خاصة بها، فإن لم يلتزم الباحث هذه فإن ورقته سترد إليه فورًا وقبل أن ترسل إلى المحكَّمين.

علمت من خبرتي في الإشراف على بعض الرسائل البحثية أنه وبالرغم من أن كتّاب هذه الرسائل يحضرون الدورات التدريبية والورش في إجراء البحوث وكتابتها، إلا أنهم يقعون حين كتابتهم أبحاثهم في كثير من الأخطاء، مما دفعني لوضع كتاب بعنوان **الأخطاء الشائعة في كتابة البحث العلمي**، وهو قيد النشر. ومن أهم أنواع الكتابة تلك التي يقوم بها الطبيب في وسائل التواصل الاجتماعي ويحقق الطبيب من خلالها هدفين: التواصل مع المرضى والجمهور، والتدرب على مهارة الكتابة.

الطبيب ووسائل التواصل الاجتماعي

في عالم التواصل الرقمي وما يمكن أن يسمى المريض الإلكتروني (E-patient) لا يستطيع الأطباء أن يتجاهلوا وسائل التواصل الاجتماعي. يتساءل

أحد الكتاب: «إذا كانت وسائل التواصل الاجتماعي والمدونات تصل إلى 80 % من المستخدمين النشطين للإنترنت، فلماذا لا ينتهز الأطباء هذه الفرصة للوصول إلى مرضاهم حيث هم؟». نظرة سريعة على بعض الأرقام تلقي الضوء على أهمية وسائل التواصل الاجتماعي بالنسبة إلى الأطباء:

1. في الولايات المتحدة أكثر من 90 % من البالغين الذين يستخدمون الإنترنت يتعاملون مع وسائل التواصل الاجتماعي.
2. يبحث 80 % من مستخدمي الإنترنت عن المعلومات الصحية المتوفرة في الشبكة.
3. يستخدم 64 % من الأطباء إحدى وسائل التواصل الاجتماعي حسب ما أوردت إحدى الدراسات[80].

تمثل وسائل التواصل الاجتماعي سلاحًا ذا حدّين، فبالرغم من منافعها إلا أن هناك كثيرًا من المحاذير والمخاوف التي تثار حول هذه الوسائل، ومن هذه المخاوف التي تجعل الأطباء يحجمون عن استخدام وسائل التواصل الاجتماعي أو يتحفظون عليها أن أغلب المعلومات المغلوطة التي يأتي بها المرضى للأطباء هي من وسائل التواصل الاجتماعي. بعض الأطباء يقولون إنهم لا يجدون الوقت الكافي للاعتناء بمرضاهم، فكيف يجدون الوقت للتعامل مع هذه الوسائل؟ معظم تعامل هؤلاء الأطباء مع الإنترنت يقضونه في مطالعة المواقع العلمية الموثوقة، أو لمتابعة ما ينشر في المجلات العلمية.

من أهم المحاذير في استخدام وسائل التواصل الاجتماعي صعوبة التفريق بين ما هو مهني وأخلاقي وما هو شخصي؛ ولذا جاءت دعوة الباحثين إلى التزام معايير ثابتة للاستخدامات المهنية للإنترنت بين الأطباء والمرضى بما يحفظ خصوصيتهم. هناك تقارير عن أطباء خسروا قضايا ادعاء رفعت ضدهم بسوء الممارسة، بل فقد بعضهم وظائفهم ورخصهم؛ بسبب تحميلهم معلومات مثيرة للجدل أو معلومات تكشف عن أسرار بعض المرضى وخصوصيتهم.

وضعت بعض المؤسسات الأكاديمية موجهات استخدامات الأطباء لوسائل التواصل الاجتماعي استخدامًا صحيحًا، كما وضع اتحاد الأطباء الأمريكيين بعض المبادئ التوجيهية التي تعين الأطباء على الاستخدام المهني لوسائل التواصل الاجتماعي، وسعت بعض المؤسسات العلمية المرموقة في الولايات المتحدة إلى جمع الخبراء لنقاش مشروع (اسأل الطبيب) عبر وسائل التواصل الاجتماعي، من هذه المؤسسات: جامعات جونز هوبكنز، وجامعة كورنيل، وعيادة كليفلاند، كما دشنت عيادة مايو (Mayo Clinic) الشهيرة بولاية مانيسوتا مركزًا لوسائل التواصل الاجتماعي بعد أن طلبت إليها بعض المستشفيات والأطباء أن يفعلوا ذلك[81].

تظل الحقيقة قائمة بأن وسائل التواصل الاجتماعي يسرت الاتصال بأعداد كبيرة من الناس، مما يوفر فرصًا عظيمة لتعزيز الصحة والتثقيف الصحي وليس المعالجة عبر هذه الوسائل، حيث إن هناك إجماعًا على عدم جواز ممارسة الطب وتقديم الخدمات العلاجية عبر الإنترنت، وثمة اتفاق

على أن الاستخدام الراشد لوسائل التواصل الاجتماعي يعزز تمكين المرضى واستقلاليتهم، ومن ثم تحسين علاقة المرضى بالأطباء. ويرى بعض الباحثين أن مهارات التواصل الاجتماعي التي تسعى إلى مساعدة المرضى والأطباء والمجتمع ستسهم في خفض تكلفة الرعاية الصحية، وتؤدي إلى تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة. لعلنا نتوقع مع وتيرة تزايد استخدام وسائل التواصل الاجتماعي مزيدًا من مناقبها وتحدياتها، وربما المسؤوليات القانونية وغير القانونية المترتبة على استخدامها.

إجادة اللغات

من نافلة القول ألا تستقيم قراءة ولا كتابة إلا بإجادة اللغات؛ فاللغة وعاء التفكير، والإنسان يفكر بلغته الأم، وبذلك تصير اللغة أداة التمحيص والتحليل، وهو ما يلزم في ما أسميناه بالقراءة الناقدة؛ يقرأ الطبيب ويفكر، ويتواصل بلغته الأم مع مرضاه ومجتمعه. ونرى أنه من المعيب أن نتقن لغة أجنبية أو نحرص على تعليمها لأبنائنا على حساب لغتنا الأم، ولا ينتقص ذلك من حرصنا على تعلم اللغات الأجنبية وإتقانها بجانب لغتنا الأم. لعل القارئ يلاحظ أن أغلب الأطباء في مجتمعاتنا كثيرًا ما يستخدمون مفردات أجنبية أثناء حديثهم، وغالبًا ما تكون هذه المفردات هي الأهم في جملهم، فكأنما نوحي بذلك إلى أن لغتنا الأم لا تستوعب مثل هذه المفردات، والحق أن اللغة العربية زاخرة بالكلمات التي تحمل معاني تلك المفردات وغيرها، وكما قال شاعرنا حافظ إبراهيم – رحمه الله – على لسان اللغة العربية:

أنا البحر في أحشائه الدرّ كامنٌ فهل ساءلوا الغوّاص عن صدفاتي؟

كنت دائمًا ما أعاتب نفسي إذا وقعت في خطأ إقحام المفردات الإنجليزية في أثناء الحديث، وقررت أن أتجنب هذا إلا إذا دعت الضرورة إلى ذلك، وأرى أن أحد أسباب ذلك دراستنا الطب باللغة الإنجليزية، وتفكيرنا بها، وصعوبة الترجمة والتحدث بهذه المفردات في وقت واحد، ومن أسباب ذلك قلة القواميس التي يمكن الاعتماد عليها. كتب جورجي زيدان يقول[82]: «مرّ على المدارس الكبرى في سوريا ومصر عشرات السنين والتعليم فيها باللغة العربية، فزهت هذه اللغة وازدهرت، وهو عصرها الذهبي في هذه النهضة. والتعليم يراد به شيء آخر، ونعني به ترقية الأمة وجمع كلمتها وإحياء آمالها، وهذا لا يكون إلا بترقية لسانها وإحياء آدابها بتأليف الكتب العلمية والأدبية فيه، ولا يتيسر ذلك إلا إذا كان هو قاعدة التدريس في المدارس العالية».

وعن لغة التعليم يقول الدكتور زهير السباعي[83]: «تساءلت زمنًا عن لغة التعليم في كليات الطب؛ هل من الأولى أن تكون اللغة العربية أم الإنجليزية؟ بعد بحث مستفيض وتجربة آمنت بأن الأفضل هو تدريس العلوم الطبية باللغة العربية، ذلك أدعى إلى: سرعة القراءة، وزيادة الاستيعاب، وربط الطب بواقع الحياة، وإذكاء الحوار بين الطلبة، شريطة أن يجيد الطالب لغة أجنبية أو أكثر. فاللغة ليست مجرد أداة للتعليم، ولكنها وعاء للثقافة. هذا ما تفعله أمم متقدمة مثل الدول الإسكندنافية وغيرها من دول أوروبا». ويستطرد المؤلف: «ولاستكمال بحثي حول الموضوع أجريت دراسة بين طلبة الطب وأطباء الامتياز والأطباء المقيمين بجامعة الملك فيصل بالمملكة العربية السعودية، وجدت

من خلالها أن سرعة قراءة نص باللغة العربية تزيد عن سرعة قراءته باللغة الإنجليزية بنسبة 43 %، وأن مدى استيعاب القارئ للنص باللغة العربية فاق مدى استيعابه لنفس النص باللغة الإنجليزية بنسبة 15 %، وبحساب البعدين: الكمي (سرعة القراءة)، والكيفي (مدى الاستيعاب)، نجد أن نسبة التحسن في التحصيل العلمي تصل إلى 64 % بين أطباء الامتياز والأطباء المقيمين، وإلى 80 % بين طلبة الطب». إن إصرار بعض الأشخاص على أن تبقى اللغة الإنجليزية لغة تعليم الطب في بلادنا لا يعدو أن يكون ـ كما قال ابن خلدون ـ من باب (ولع المغلوب بالغالب)، وأغلب البلاد الراقية يُدرس الطب في كلياتها بلغاتها.

اللغة الإنجليزية ـ شئنا أم أبينا ـ هي لغة العلم ولغة الحاسوب في عصرنا الحاضر، فلا بد للطبيب الذي يصبو إلى التمكن والتميز من أن يبرع فيها. في الغرب يتكلم أساتذة الطب والأطباء بلغة فاخرة هي لغة الصفوة، ويكتبون بها. إجادة الإنجليزية أو غيرها من اللغات الأجنبية تكون: بالسماع، والتحدث، والكتابة، والقراءة. واللغة السليمة – عربية كانت أم إنجليزية – تمكّن صاحبها من اكتساب مهارات التواصل والقيادة، والطبيب المتمكن يحتاج إليها في ممارسته اليومية، وأيضًا في المؤتمرات والندوات حين يدعى إلى الحديث. ولقد شهدت العديد من المشاركين في المؤتمرات يلحن ويتلعثم، ويكاد بعضهم يغمى عليه من ذلك، وشهدت أساتذةً كبارًا يلحنون في ما يقولون ويكتبون. ومما يُعين على تعلم اللغة الإنجليزية وإجادتها المداومة في التعامل مع الحاسوب، فقد لاحظت ذلك حين رأيت أصغر أبنائي يستخدم مفردات ما تعلمتها إلا

بعد تخرجي في الجامعة. ومن التسخير في هذا الزمان أن بإمكاننا الحصول على ترجمة فورية لأي مفردة باستخدام برامج الحاسوب، مثل برنامج جوجل للترجمة (Google Translate)، وغيره.

مهارات الحاسوب والإنترنت

توقع بيل قيتس أنه سيكون للحاسوب والإنترنت دور رئيس في التعلم والتعليم في مراحله كلها ولا سيما المرحلة الجامعية، فيستطيع الدارس عن طريق الإنترنت أو الشبكة العنكبوتية - كما يحلو للبعض أن يسميها - أن يبحر في العالم الافتراضي (Virtual reality)، وأن يتفاعل مع تقنيات المحاكاة (Simulation) والوسائط المتعددة (Multimedia)، ويستطيع الطالب أن يدرس (إكولوجية الغابة)، أو يدير حديقة حيوانات، أو يهندس مدينة ببيوتها وشوارعها ومتاجرها، أو يعقد محاكمة في محكمة، أو يدير مؤسسة تجارية، أو يعالج مريضًا، سيفتح له الإنترنت آفاقًا لا حدود لها للاتصال بالحياة، ويختم بيل قيتس بقوله: «ليس المهم حصول الدارس على المعلومة، وإنما المهم أن يتدرب على كيفية الوصول إليها، مما يهيئه لأن يكون متعلمًا طوال حياته».

أصبح الحاسوب أهم شيء في حياة الأجيال الواعدة من الأطباء وغيرهم، ولن نبالغ إذا قلنا إن الأمية الحاسوبية في عصرنا أبشع من أمية القراءة والكتابة لدى الأجيال السابقة. ولكي يفيد الطبيب من الكمبيوتر فعليه إجادة استخداماته، ويكون ذلك بالتدرب وبمزيد من العمل على الحاسوب؛ لاكتشاف

إمكاناته المتعددة. وحين نذكر الحاسوب بوصفه وسيلة للتعليم والتعلم فإننا نعني شيئين: جهاز الحاسوب من غير الإنترنت، وجهاز الحاسوب لاستخدامات الإنترنت، وقد أصبح الاثنان متاحين بصورة ميسرة مما يصعب الاعتذار عن استخدامهما، وفي بدايتهما كان الحاسوب والإنترنت متاحين لمن يستطيع شراءهما، ولكن الآن صار بإمكان الناس- غالبيتهم- الحصول على خدمات الحاسوب والإنترنت، حيث توفرهما المؤسسات التعليمية والخدمية والترفيهية.

إن فوائد الحاسوب والإنترنت لا تحصى، ويمكن القول إنه قل أن يوجد شيء لا يمكن الحصول عليه عن طريق الحاسوب والإنترنت. ومن برامج الحاسوب التي ينبغي للطبيب أن يتقنها:

1. برنامج صف الكلمات (Word processing).
2. برنامج ميكروسوفت للعروض التقديمية (Microsoft Power Point).
3. برنامج إكسل (Excel).
4. برنامج الكتابة العلمية وتحليل المعلومات (SPSS, IPinfo,etc.).
5. البرامج الأخرى المرتبطة بعمل الطبيب.

يستفيد الطبيب من الحاسوب في إعداد الوثائق وكتابة المقالات العلمية، ويستفيد من برنامج العروض التقديمية (Power Point) في إعداد المحاضرات والشرائح، ويستخدم كثير من الأطباء الحاسوب من أجل قراءة الكتب المحملة فيه عِوضًا عن قراءتها من النسخ الورقية، كما يستخدمونه لإعداد برامج التثقيف الصحي، ولحفظ سجلات المرضى. وهناك برامج تعليمية يمكن

تحميلها على جهاز الحاسوب والتعلم منها، مثل تقنيات المحاكاة التي تسهل تعلم فسيولوجية جسم الإنسان وجهازه العضلي والعظمي.

أما استخدام الحاسوب للإنترنت فإن ذلك يفتح آفاقًا لا حدود لها كما قال بيل قيتس، فالإنترنت يشكل مصدرًا مهمًّا لتحديث معلومات الطبيب، وذلك بتقديم آخر ما توصلت إليه العلوم الطبية من: مراجع، ومجلات، وكتب مرجعية حديثة. يعد الإنترنت أساسًا في ممارسة الطب المبني على البرهان؛ إذ تتيسر البراهين من خلاله، ويُمكّن الإنترنت الطبيب من حضور المؤتمرات المنقولة عبره لمن لا يتيسر له الحضور الفعلي فيها؛ وكذلك ورش العمل والدورات، ويستخدم الإنترنت في هذه الأيام في التعلم الإلكتروني والتعلم عن بعد، ويستخدمها بعض الأطباء في تقديم الاستشارة الطبية لمرضاهم، وللرأي الثاني إذا كان الطبيب بعيدًا عن المريض.

ومن أهم استخدامات الأطباء للإنترنت وغيرهم التواصل بالبريد الإلكتروني (email)، هذا التواصل الذي يوفر الزمن ويقرب المسافات مهما بعدت، ويتيح للطبيب فرص الدخول إلى المواقع الموثوقة للمجلات العلمية والمنظمات والجمعيات العلمية والموسوعات الحرة، كما يمكنه من الوصول إلى المراجع اللازمة لأبحاثه من (المِدلاين) (Medline)، وجوجل سكولار (Google Scholar)، وغيرها من محركات البحث. يمكن للطبيب التقدم للوظائف والدورات والمؤتمرات عن طريق الإنترنت، كما يمكنه من التفاعل مع الآخرين عبر مواقع المدونات، ومواقع التواصل الاجتماعي (Social media; Facebook, Twitter ,LinkedIn)؛ وغيرها. وإذا كان الطبيب ممن يمتلك الهاتف الذكي وهو

حاسوب محمول، فبإمكانه الاستفادة منه بشتى الطرق في أغلب استخدامات الحاسوب والإنترنت، مثل تخزين الكتب المرجعية (E-Books)، والتواصل مع الآخرين عن طريق الهاتف المرئي، ويستطيع أن يسخرها لمتابعة مرضاه. صار الأطباء في أقسام الطوارئ يستخدمون كاميرات الهاتف المحمول لأخذ صور للمرضى في الحالات الحرجة، ويرسلونها إلى الاستشاريين أينما كانوا؛ لأخذ رأيهم في تدبير هؤلاء المرضى. وتمتلئ الهواتف الذكية بالتطبيقات المتعددة (Applications) والتي تُفيد الطبيب في كثير من عمله؛ من ذلك – مثلًا – برامج الترجمة الفورية وغيرها.

وقبل أن نختم هذا الفصل لا بد أن ننوه بأمرٍ مهم، وهو أن بعض الناس ربما يغرقون فيما يجدون في الإنترنت، وربما يتيهون إذا لم يتلقوا التدريب على التعامل العلمي مع الإنترنت بمعرفة المواقع الموثوقة، وليس الدخول لمواقع غير علمية، وما أكثرها في الإنترنت!

الفصل الخامس عشر
الطبيب المتميز: الحقوق والواجبات

إن الوفاء بالواجبات ومعرفة الحقوق من مقومات التمكن والتميز في الطب.

ذكرنا في مقدمة الكتاب أن عددًا غير قليل من الأطباء لهم رؤية ضبابية حول واجباتهم، بل حتى عن حقوقهم، وقلنا إن هذه الرؤية قد تكون مبتسرة إما جهلًا بأبعاد واجبات الطبيب وحقوقه، أو أن بعضهم يتعمد إغفال هذه الواجبات. إن الوفاء بالواجبات ومعرفة الحقوق من مقومات التمكن والتميز، والطبيب المتميز يحرص على تلبية حقوق المرضى وتبصيرهم بواجباتهم، ويسعى للوفاء بحقوق المرضى الخاصة به، ويبذل الجهد حتى يحصل المريض على حقوقه من الجهات الأخرى أيًّا كانت.

كتب كثيرون عن واجبات الطبيب وحقوقه مما يصعب حصره، ولكني آثرت بعد الاطلاع على مراجع عديدة أن أنتقي منها ما يلائم مجتمعاتنا، ولكي تكتمل الفائدة رأينا أن نورد بعضها كما هو. من أهم مصادر حقوق الطبيب وواجباته ما ورد في وثائق المجلس الطبي العام ببريطانيا (General Medical

(Council GMC، حيث نشر وثيقة بعنوان (واجبات الطبيب المسجل بالمجلس الطبي العام)[84] استخلصنا من هذه الوثيقة واجبات الطبيب الآتية:

1. تطوير الممارسة المهنية وتحويل المعرفة والخبرة إلى ممارسة ممتازة.
2. الحرص على جودة الخدمة.
3. التزام أنظمة حماية المرضى.
4. التعامل مع المخاطر المتعلقة بأمان المرضى وسلامتهم.
5. حماية المرضى والزملاء من مخاطر متعلقة بصحة الطبيب.
6. التواصل الفعال مع المرضى.
7. التعاون مع الزملاء لتحسين نوعية الرعاية.
8. المشاركة في تدريس الكوادر الصحية وتدريبهم وتقييمهم.
9. الحرص على استمرارية الرعاية الصحية للمرضى.
10. إقامة الشراكات مع المرضى والمحافظة على ثقتهم.
11. معاملة المرضى والزملاء بعدالة ودون تمييز.
12. الشفافية في الأمور القانونية والنظامية.
13. الأمانة في الأمور المالية.
14. احترام حق المريض في التحويل إلى طبيب آخر لأخذ رأي ثانٍ.

وتجدر الإشارة إلى أن أغلب المرضى في بريطانيا وفي الغرب عمومًا يعرفون حقوقهم، ويحرصون على الحصول عليها كاملة غير منقوصة، بل إن الدعاوى القضائية تقام بسبب التقصير في هذه الحقوق من الطبيب أو غيره، وتعمل المؤسسات الصحية في تلك البلاد على تبصير المرضى وعامة

الناس بهذه الحقوق. وتنبه المسؤولون في بعض بلادنا على هذا الأمر، فرفعوا الملصقات بحقوق المرضى وواجباتهم على واجهات المؤسسات الصحية، وأذكر أني رأيت أحد هذه الملصقات في أحد المراكز الصحية، فسألت الطبيب المسؤول إن كانت لديهم نسخة إضافية، فقال بسرعة:

«من فضلك، انزع هذا الملصق، فهو لك»، فقلت: «كيف أنزعه من مكانه؟»، قال: «قلت لك انزعه، فقد سبب لنا مشكلات مع المرضى والمراجعين الذين صاروا يطالبون بكل ما ورد في ذلك الملصق».

من أمثلة هذا الملصق وثيقة حقوق المرضى التي وضعتها الإدارة العامة للإعلام والتوعية الصحية بوزارة الصحة السعودية. تقول الوثيقة: «تؤكد وزارة الصحة حصول المريض - بيسر ودون عائق- على الخدمات الصحية الأساسية قبل تلقيه الرعاية وفي أثنائها وبعدها وفق ما يأتي:

1. تلقي الرعاية المتكاملة اللازمة لحالته الصحية.
2. معاملته معاملة طيبة حسنة.
3. الحفاظ على ستر عورته في غير ما تقتضيه ضرورة العلاج.
4. حصوله على معلومات كافية من الطبيب المعالج عن التشخيص والعلاج بلغة بسيطة ومفهومة.
5. معرفة اسم الطبيب المعالج وتخصصه، ووسيلة الاتصال به.
6. تعرف الخطة العلاجية، ومناقشتها، ومعرفة البدائل والمضاعفات والمخاطر مع الطبيب المعالج.

7. الحصول على رعاية مستمرة ومنظمة، والإحالة إلى مستويات العلاج المختلفة إذا ما اقتضت حالته ذلك.
8. موافقته الخطية المسبقة والمبنية على معرفته أو ذويه بإجراء أي عمل جراحي أو تداخلي أو تخدير، إلا في حالات الطوارئ أو الحوادث التي تستدعي تدخلًا طبيًّا بصفة فورية بما يتفق مع الأنظمة المرعية.
9. السرية التامة للمعلومات الخاصة بالمريض، وعدم الإفصاح عن أية معلومات إلا بموافقته باستثناء الصفة القضائية.
10. تقديم شكوى شفوية أو خطية، أو تقديم مقترحات لإدارة المرفق الصحي أو الوزارة، دون التأثير في جودة الخدمة المقدمة له.
11. رفض مقابلة أي شخص لا علاقة له بتقديم الرعاية الصحية بما في ذلك الزيارات.
12. معرفة تكاليف الرعاية الصحية مقدمًا إن وجد.
13. الحق في الاستعانة باستشارة طبية ثانية في حالة رغبة المريض ذلك، ولمقدم الخدمة الصحية اقتراح الممارس الصحي الذي يرى ملاءمة الاستعانة به.
14. حصوله على تقرير عن حالته الصحية ونتائج الفحوصات بدقة وموضوعية.

الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية وثيقة جيدة كانت نتاج مداولات مكثفة من الأطباء والعلماء، وفيها إضافات نرى أنها مناسبة لبلادنا. يعدد الميثاق واجبات الطبيب نحو المريض[85]:

1. على الطبيب أن يحسن الاستماع إلى شكوى المريض، ويتفهم معاناته، وأن يحسن معاملته ويترفق به أثناء الفحص. ولا يجوز له أن يتعالى على المريض، أو أن ينظر إليه نظرة دونية، أو يستهزئ به أو يسخر منه مهما كان مستواه العلمي والاجتماعي، وأيًّا كان انتماؤه الديني أو العرقي. وعليه أن يحترم وجهة نظر المريض، لا سيما في الأمور التي تتعلق به شخصيًّا، على أن لا يحول ذلك دون تزويد المريض بالتوجيه المناسب.
2. على الطبيب أن يحرص على المساواة في المعاملة بين المرضى جميعهم، وأن لا يفرق بينهم في الرعاية الطبية بسبب تباين مراكزهم الأدبية أو الاجتماعية، أو بسبب مشاعره الشخصية تجاههم، أو بسبب انتمائهم الديني أو العرقي أو جنسهم أو جنسيتهم أو لونهم.
3. على الطبيب أن يتقي الله في مرضاه، وأن يحترم عقيدة المريض ودينه وعاداته في أثناء عملية الفحص والتشخيص والعلاج، وأن يحرص على عدم ارتكاب أي مخالفات شرعية، مثل الخلوة بشخص من الجنس الآخر، أو الكشف على عورة المريض إلا بالقدر الذي تقتضيه عملية الفحص والتشخيص وبوجود شخص ثالث، وبعد استئذان المريض.
4. على الطبيب أن يحرص على إجراء الفحوصات الطبية اللازمة للمريض، دون إضافة فحوصات لا تتطلبها حالته المرضية، وعليه أن يبني إجراءاته التشخيصية والعلاجية كلها على أفضل ما يمكن من البينات، وأن يمتنع عن استخدام طرق تشخيصية أو علاجية غير

معتمدة، أو غير متعارف عليها أوغير معترف بها علميًّا. وعليه أن يقتصر في وصف الدواء أو إجراء العمليات الجراحية على ما تتطلبه حالة المريض.

5. على الطبيب أن يحرص على تحري الصدق في إخبار المريض أو من ينوب عنه بالحالة المرضية وأسبابها ومضاعفاتها، وفائدة الإجراءات التشخيصية والعلاجية، وتعريفهم بالبدائل المناسبة للتشخيص أو العلاج، بأسلوب إنساني ولائق ومبسط وواضح، وذلك بالقدر الذي تسمح به حالة المريض الجسمية والنفسية.
6. علي الطبيب أن لا يتردد في إحالة المريض إلى طبيب مختص بنوع مرضه، أو إلى طبيب لديه وسائل أكثر فاعلية إذا استدعت حالة المريض ذلك، أو إلى طبيب آخر يرغب المريض في استشارته. ولا يجوز للطبيب أن يتباطأ في الإحالة إذا كان ذلك في مصلحة المريض. وعليه أن يتيح المعلومات المدونة بسجله الطبي، والتي يعتقد أنها لازمة لعلاج المريض عند إحالته إلى طبيب آخر، وأن يزوده بالتقرير الطبي الوافي عن حالته المرضية.
7. لا يجوز للطبيب الامتناع عن علاج مريض في الحالات الطارئة، ولا الانقطاع عن علاجه في الأحوال جميعها، إلا إذا رفض التعليمات التي حددها الطبيب، أو استعان بطبيب آخر دون موافقة الطبيب المشرف على علاجه. ولا يجوز للطبيب أن يمتنع عن علاج مريض، ما لم تكن حالته خارجة عن اختصاصه.

8. على الطبيب أن يستمر في تقديم العلاج اللازم للمريض في الحالات الإسعافية حتى تنتفي الحاجة إليه، أو حتى تنتقل رعايته إلى طبيب كفء.
9. على الطبيب أن يستمر في تقديم الرعاية الطبية المناسبة للمرضى المصابين بأمراض غير قابلة للعلاج أو مستعصية أو مميتة، ومواساتهم وفتح باب الأمل أمامهم حتى اللحظات الأخيرة من حياتهم.
10. على الطبيب أن يعمل على تخفيف آلام المريض بكل ما يستطيعه وما يتاح له من وسائل وقائية وعلاجية: مادية ونفسية، وعليه إشعار المريض بحرصه على العناية به ورعايته، كما أن عليه أن يستخدم مهاراته في طمأنة المريض والتخفيف عنه.
11. على الطبيب أن يعمل على تثقيف المريض عن مرضه خصوصًا، وحول صحته عمومًا، وحول كيفية حفظه لصحته ووقايته من الأمراض بالطرق المناسبة والفاعلة، وذلك بالتثقيف المباشر وجهًا لوجه، أو باستخدام الوسائل الفاعلة الأخرى متى توافرت له.
12. لا يجوز معالجة المريض دون رضاه، إلا في الحالات التي تتطلب تدخلًا طبيًّا طارئًا ويتعذر فيها الحصول على الموافقة، أو إذا كان مرضه معديًا، أو مهددًا للصحة العامة، أو كان يشكل خطرًا على الآخرين، وفقا للقوانين النافذة، ويتحقق رضا المريض بموافقته الصريحة أو الضمنية إن كان كامل الأهلية، أو بموافقة من ينوب عنه قانونًا في حالة كونه قاصرًا أو فاقدًا للوعي أو فاقدًا لأي شرط من

شروط الأهلية. ويجب أن تكون الموافقة كتابية مستنيرة مبنية على المعرفة في العمليات والتدخلات الجراحية، والطبيب مؤتمن على تحري البرامج العلاجية المناسبة لحالة المريض، وعليه أن يتأكد من جدوى البرنامج العلاجي قبل تنفيذه أو تطبيقه على المريض.

ينبغي للطبيب عند فحص المريض أن يحرص على ما يأتي:

1. تسجيل الحالة الصحية للمريض، والسيرة المرضية الشخصية والعائلية الخاصة به، وذلك قبل الشروع في التشخيص أو العلاج.
2. التزام الدقة والإتقان في الفحص الطبي والتشخيص، وتخصيص الوقت المناسب لذلك.
3. وصف العلاج كتابة وبوضوح، مع تحديد مقاديره وطريقة استعماله، وتنبيه المريض أو ذويه إلى ضرورة التقيد بالأسلوب الذي حدده الطبيب للعلاج، وإلى الآثار الجانبية المهمة والمتوقعة لذلك العلاج الطبي أو الجراحي.
4. رصد المضاعفات الناجمة عن العلاج الطبي أو الجراحي، والمبادرة إلى معالجتها متى أمكن ذلك.

وعلى الطبيب أن يحرص على توافر الشروط الآتية لإجراء العمليات الجراحية:

1. أن يكون الطبيب الذي يجري الجراحة مؤهلًا لإجرائها، بحسب: تخصصه العلمي، وخبرته العلمية، ونوعية العملية الجراحية.

2. أن تجري الجراحة في مؤسسة علاجية أو منشأة صحية مهنية بتهيئة كافية لإجراء الجراحة المقصودة.
3. أن تجرى الفحوصات والتحاليل المختبرية والشعاعية اللازمة للتأكد من أن التدخل الجراحي ضروري ومناسب لعلاج المريض، والتحقق من أن حالة المريض الصحية تسمح بإجراء الجراحة.
4. أن يلتزم الجراح المسؤول عن المريض إجراء العملية الجراحية اللازمة له، ويجوز أن يساعده أحد الأطباء المقيمين بالمستشفى أو غيره من الجراحين، كما يجوز للجراح أن يفوض مساعده بأداء جوانب معينة من العملية؛ شريطة أن يتم ذلك تحت إشراف الجراح ومساعدته.
5. على الطبيب تبصير المريض بحالته الصحية والبدائل المتاحة للعلاج إذا كان المريض مدركًا، ولا يجوز للطبيب إجبار المريض على معالجة معينة، كما لا يجوز له أن يرغم المريض على التوقيع على معطيات في الملف الطبي دون رضاه.
6. على الطبيب، في حالة رفض المريض العلاج، أن يشرح له الآثار المترتبة على عدم تعاطيه العلاج، والتطورات المرضية المترتبة على ذلك بصدق ودون مبالغة، كما أن عليه أن يسجل إقرار المريض، وفي حال رفضه يوقع الطبيب وأحد أفراد هيئة التمريض على ذلك في الملف الطبي، حتى يخلي الطبيب مسؤوليته.
7. لا يجوز تخريج المريض من المنشاة الصحية التي يتلقى فيها العلاج إلا إذا كانت حالته الصحية تسمح بذلك، أو كان ذلك بناء على رغبته

في الخروج بالرغم من تبصيره بعواقب خروجه، على أن يؤخذ إقرار كتابي منه أو من أحد أقاربه حتى الدرجة الرابعة إن كان ناقص الأهلية، ويثبت ذلك في السجل الطبي للمريض.

8. لا ينبغي للطبيب إنهاء حياة المريض، وإن كان بناء على طلبه أو طلب وليّه أو وصيّته، حتى ولو كان السبب وجود تشوه شديد، أو مرض مستعص ميؤوس من شفائه، أو آلام شديدة مبرحة لا يمكن تسكينها بالوسائل المعتادة، وعلى الطبيب أن يوصي المريض بالصبر، ويذكره بأجر الصابرين.
9. على الطبيب أن يتعاون مع غيره من أعضاء الفريق الصحي الذين لهم صلة بالرعاية الصحية للمريض، وإتاحة ما لديه من معلومات عن حالته الصحية والطريقة التي اتبعها في علاجه كلما طلب إليه ذلك.
10. على الطبيب إبلاغ مريضه مسبقًا بسفره أو بغيابه لفترة معينة، وبالتصرف الذي يستطيع اتباعه في حالة غيابه. وفي الأحوال جميعها يجب توفر الطبيب المناسب في حال غياب الطبيب المعالج، بما يضمن استمرار تقديم العلاج للمريض.

إذا دعي الطبيب إلى معاينة مريض يعالجه زميل آخر فعليه التقيد بالقواعد الآتية:

1. أن يستجيب لطلب الاستشارة إذا كانت الدعوة من الطبيب المعالج حتى لو لم تتبين له مسوغات ذلك، وعلى الطبيب المستشار أن يبلغ نتيجة فحصه إلى الطبيب المعالج لا إلى المريض.
2. أن يقوم بطمأنة المريض والتقليل من قلقه، والتزام الحكمة في تحديد ما ينبغي أن يطلع المريض عليه بنفسه وما يتركه للطبيب المعالج.
3. أن يتوخى الحذر من أي كلمة أو إيحاء قد يفهم منها انتقاص الزميل المعالج أو الحط من قدره أو التقليل مما بذله للمريض، ويتأكد ذلك عند اختلاف وجهة نظره عن وجهة نظر الطبيب المعالج.
4. إذا كان طلب الاستشارة من المريض أو من ذويه، فعلى الطبيب المستشار التأكد من علم الطبيب المعالج بذلك قبل موافقته على المعاينة، ولا يسوغ الاطلاع على ملف المريض إلا بعد إذن الطبيب المعالج.
5. إذا كان المريض عازمًا على الاستغناء عن الطبيب الأول فيجب التأكد من إعلام الطبيب الأول بذلك.
6. يحق للطبيب المعالج عند الحاجة أن يستشير زميلًا آخر له في التخصص نفسه أو غيره، بعد إتمام المستشار الأول لمرئياته وتوصياته.
7. على الطبيب المكلف بالرعاية الطبية للأشخاص المقيدة حريتهم أن يلتزم ما يأتي:
8. أن يوفر لهم رعاية صحية من النوعية والمستوى نفسهما المتاحين للأشخاص غير المقيدة حريتهم.

9. أن لا يقوم، بطريقة إيجابية أو سلبية، بأية أفعال تمثل مشاركة في عمليات التعذيب، وغيرها من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية، أو تمثل تواطؤًا أو تحريضًا على هذه الأفعال، أو سكوتًا عنها.
10. أن لا يقوم باستخدام معلوماته ومهاراته المهنية للمساعدة على استجواب الأشخاص المقيدة حرياتهم على نحو يضر بالحالة الصحية الجسمية أو النفسية لهم، أو المشاركة في أي إجراء لتقييدهم.
11. أن يقوم بإبلاغ السلطات المعنية إذا لاحظ أن الشخص المقيد حريته قد تعرض أو يتعرض لتعذيب أو سوء معاملة.
12. يعمل الأطباء الذين يقدمون العلاج لمرضى لم يبلغوا سن الرشد على تبصيرهم بطبيعة الإجراء أو التدخل الطبي كل وفقًا لقدراته.
13. على الطبيب عند معالجته طفلًا مريضًا أن يكون مدافعًا عن مصلحته إذا قدّر أن حالته الصحية لم يتم استيعابها من قبل أهله أو أقاربه، أو لم يقوموا بواجبهم نحوه.
14. على الطبيب التعامل مع المريض الذي يتعاطى إحدى مواد الإدمان بحرص وجدية، وعليه تحري أفضل السبل لعلاجه، سواء في المؤسسات المخصصة لذلك، أو في عيادته الخاصة إذا توفرت لديه إمكانات العلاج، ويلتزم في ذلك القوانين النافذة.

ويعدد الميثاق واجبات الطبيب تجاه المجتمع، ومنها:

1. على الطبيب أن يكون عضوًا حيويًّا في المجتمع، يتفاعل معه ويؤثر فيه، ويهتم بأموره، وأن يوظف طاقاته وإمكاناته كلها لخدمة المجتمع في المجال الصحي، وأن يكون عمله دائمًا ابتغاء مرضاة الله، وأن لا ينخرط في أية ممارسات أو سلوكيات غير أخلاقية أو تضر بالمجتمع.
2. على الطبيب أن يساعد المجتمع على التعامل مع عناصر تعزيز الصحة والوقاية من المرض وحماية البيئة الطبيعية والاجتماعية، وأن يكون على مستوى المسؤولية في قيامه بالتوعية والتثقيف الصحي للمجتمع.
3. على الطبيب أن يجتهد في استخدام مهاراته ومعلوماته وخبراته لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع.
4. على الطبيب أن يحرص على المحافظة على الموارد الصحية: البشرية والمادية، وعلى استخدامها بالطريقة المثلى.
5. على الطبيب، ولا سيما إذا كان في موقع المسؤولية، أن يشارك بفاعلية وإيجابية في سن الأنظمة، ورسم السياسات الصحية، وحل المشكلات الصحية.
6. على الطبيب في حالات الأمراض السارية أن يلتزم اتباع التنظيمات الصحية الموضوعة لذلك، بما في ذلك الإبلاغ عن هذه الحالات للجهة المختصة، واتخاذ ما يلزم من إجراءات.

واجبات الطبيب نحو زملاء المهنة: وتعدد إحدى الوثائق واجبات الطبيب نحو زملائه، وقد اخترت منها ما يأتي[86]:

1. لا يجوز للطبيب أن يسعى إلى مزاحمة زميل له بطريقة غير لائقة في أي عمل متعلق بالمهنة أو علاج مريض.
2. على الطبيب أن يتوخى الدقة والأمانة في تقويمه أداء من يعملون أو يتدربون تحت إشرافه، فلا يبخس أحدًا حقه، كما لا يساوي بين المجتهد والمقصر في التقييم.
3. على الطبيب أن يحترم زملاء المهنة من غير الأطباء، و أن يقدر دورهم في علاج المرضى والعناية بهم، وأن يبني علاقته بهم على الثقة المتبادلة والتعاون البناء مما يخدم مصلحة المرضى.

ويزيد مصدر آخر في واجبات الطبيب نحو زملائه[87]:

1. عدم الوقوع في أعراضهم وأكل لحومهم وتتبع عوراتهم.
2. تجنب النقد المباشر للزميل أمام المرضى، خاصة إذا كان بقصد صرف الناس عنه أو الحسد، أما النقد العلمي المنهجي النزيه فلا يتم أمام المرضى بل في اللقاءات العلمية والمؤتمرات الطبية والمجلات العلمية.
3. بذل الوسع في تعليم الأطباء الذين يعملون ضمن فريقه الطبي أو من هم تحت التدريب، والحرص على إفادتهم بما يملك من خبرة ومعلومات ومهارات، وإعطائهم الفرصة للتعلم وتطوير مهاراتهم. وقد يتطلب ذلك تدرجًا في إسناد مهمات العناية بالمريض إليهم، وفي هذه الأحوال يبقى الطبيب مسؤولًا عن ضمان تلقي المريض العناية الكاملة، وملزمًا بالإشراف الكافي على ذلك.

4. إذا علم الطبيب من حال أحد زملائه ما من شأنه التأثير في سلامة ممارسته الطبية، أو غلب على ظنه حصول ضرر للمريض من قبله، لزمه الرفع بذلك للجهة المختصة للنظر في الأمر واتخاذ القرار المناسب.

واجبات الطبيب تجاه نفسه:

1. أن يكبح لجام لسانه، ويروض كلامه حتى لا يتكلم إلا بخيرٍ أو يصمت، فإن أكثر الكلام إنما يكون في الناس وأعراضهم، وقد يكون في ما يفسد دين المرء من حيث يدري أو لا يدري.
2. أن يحمل نفسه على الاجتهاد في التعلم وطلب المعرفة وإتقان العمل، وذلك أمر ثقيل على النفس إلا على من وفقه الله تعالى.
3. أن يستحضر النية الصالحة، والإخلاص لله في أثناء ممارسة المهنة، حتى يؤجر على كل جهد يبذله، فلا بد للأعمال من نية، (إنما الأعمال بالنيات، وإنما لكل امرئ ما نوى)، ولا بد من الإخلاص لله، قال تعالى: ﴿وَمَآ أُمِرُوٓاْ إِلَّا لِيَعۡبُدُواْ ٱللَّهَ مُخۡلِصِينَ لَهُ ٱلدِّينَ حُنَفَآءَ﴾ [البينة: 5]، فالطبيب المسلم يتقرب إلى الله بالإحسان للمرضى.
4. أن يعتني بمظهره دون إسراف، فيحرص على أن يكون ملبسه حسنًا، ورائحته حسنة، (إن الله جميل يحب الجمال). ولا شك في أن إهمال ذلك يؤثر سلبًا على علاقة الطبيب بمرضاه وزملائه.
5. أن لا يتوقف عن طلب العلم من خلال الاطلاع والقراءة المستمرين، أو بحضور الدورات والندوات والمؤتمرات المحلية والعالمية. وأن يدرك

أهمية التعلم الذاتي في تطوير المعلومات والمهارات، وأن يستشعر المسؤولية تجاه تطوير نفسه، وألا ينتظر غيره ليقوم بهذه المهمة.

6. أن يأخذ بعين الحسبان الانتماء للجمعيات العلمية في مجال تخصصه؛ لما لها من أثر طيب في اتصاله العلمي بتخصصه.
7. أن يهتم بصحته الجسدية والنفسية؛ فهي من أثمن ما يجب على الإنسان المحافظة عليه، ولما لها من أثر بالغ في جودة ما يقدمه من خدمات لمرضاه ومهنته ومجتمعه.
8. أن يحمي نفسه من الأخطار المحتملة في أثناء ممارسته المهنة، وأن لا يتساهل في أخذ أي احتياطات تمنع ذلك أو تقلل منه، وأن يتجنب المخاطرة في القيام بإجراءات قد تعرضه لمخاطر محتملة. وعليه أن يدرك أن صحته استثمار مهم للمجتمع ينبغي المحافظة عليها.
9. أن يحيط علمًا بالأنظمة الخاصة التي تنظم مهنته ويلتزمها، وأن يأخذ التراخيص اللازمة من أجل ممارسة مهنته.

واجبات الطبيب تجاه مهنته[88]: يجب على الطبيب حماية شرف مهنة الطب وذلك من خلال ما يأتي:

1. الحفاظ على شرف المهنة، وذلك بالعناية بسلوكه وإخلاصه المتفاني لمهنة الطب.
2. المساهمة في تطوير المهنة علميًّا ومعرفيًّا، ويكون ذلك من خلال الأبحاث والدراسات وكتابه المقالات والتعلم المستمر.

3. المحافظة على المعايير المهنية الطبية والعمل على الارتقاء بها في نشاطاته المهنية كلها.
4. تجنب التسرع في اتخاذ إجراءات طبية محفوفة بالمخاطر إذا لم يكن متأكدًا من ضرورتها وأن جدواها يفوق مخاطرها.
5. تجنب السعي إلى الشهرة على حساب أخلاقيات المهنة وأصولها.

واجبات الطبيب نحو المجتمع:

1. أن يكون قدوة لأفراد مجتمعه في دينه ودنياه بعيدًا عن الشبهات، فالطبيب فرد من أفراد المجتمع، ومكانته الاجتماعية تهيئه للقيام بدور قيادي في إصلاح مجتمعه. والطبيب الذي يفتقد القيم الأخلاقية في حياته الخاصة لا يستطيع افتعالها في نشاطه المهني ولو كان من حملة أعلى المؤهلات العلمية، والطبيب عضو فاعل في مجتمعه يتفاعل مع قضاياه المحلية والعامة، وعليه ألا يعيش في برج عاجي بعيدًا عن مشكلات مجتمعه وقضاياه.
2. أن يدرك أن المجتمع والبيئة عوامل مهمة في صحة الفرد، وأن يساعد المجتمع على التعامل مع مسببات المرض البيئية والاجتماعية.
3. أن يمارس المهنة بأقصى درجة من: المعرفة، والكفاءة، والصدق، والأمانة، والاطلاع على ما يستجد في مجال تخصصه.
4. أن يدرك مسؤوليته في تعزيز المساواة بين أفراد المجتمع للاستفادة من الموارد الصحية.

5. أن يدرك دوره في تطوير السياسات الصحية، وذلك عن طريق طرح الآراء البناءة بشكل فردي، أو من خلال الجمعيات المهنية، وعلى الطبيب أن يشارك بفاعلية وإيجابية في سن الأنظمة وصنع السياسات الصحية.
6. أن يأخذ في عين الحسبان التفاعل مع وسائل الإعلام من أجل توفير المعلومات الصحية للمجتمع.
7. أن يساهم قدر الاستطاعة في دراسة المشكلات الصحية على مستوى المجتمع واقتراح الحلول المناسبة لها، مثل: التدخين، والمخدرات، وحوادث الطرق، والأمراض المعدية، وغيرها.
8. أن يلتزم معاونة الجهات المختصة في أداء واجباتها نحو حفظ الصحة، مثل التبليغ عن الأمراض السارية والأوبئة، وحفظ الأمن مثل التبليغ عن الحوادث الجنائية.
9. شهادة الأطباء – ولا سيما المتخصصين أو الخبراء منهم – ضرورية للقضاء من أجل فهم حالة المريض أو العلاج المقدم له، وفي هذه الحالة على الطبيب أن يقدم تفسيرًا صادقًا ومتجردًا للحقائق الطبية. وفي حالة تقديم أدلة للقضاء فعلى الطبيب أن يدرك مسؤوليته لمساعدة القضاء على الوصول إلى الحق والعدل.
10. ينبغي للطبيب أن يكون صادقًا وأمينًا عند إصدار أي شهادات أو وثائق، مثل شهادات إثبات الحضور، أو الإجازات المرضية أو غيرها. فالطبيب لا تأخذه نوازع القربى أو المودة أو الرغبة في أن يدلي

بتقرير طبي مغاير للحقيقة، فهو يدرك - على سبيل المثال - أن تغيب الموظف عن وظيفته بغير وجه حق فيه تعطيل لمصالح المجتمع.

وختامًا، تأمل معي أيها القارئ الكريم، ما جاء في وثيقة حقوق وواجبات المرضى في مستشفى جونز هوبكنز بالولايات المتحدة، وفيها دروسٌ وعبر؛ فمستشفى جونز هوبكنز يعد الأول بين مستشفيات أمريكا الشمالية، وحقوق المرضى في هذه الوثيقة - في مجملها - تشكل واجبات الطبيب المباشرة أو غير المباشرة. جاءت الوثيقة بعنوان (وثيقة حقوق وواجبات المرضى)[89] (Patient Bill of Rights and Responsibilities)، ونرى أن من فائدة القارئ أن يطلع على بعضٍ منها ليدرك كيف تحترم الحقوق.

تخاطب الوثيقة المريض:

(لأننا نريد أن تعد نفسك شريكًا في رعايتك الصحية فإننا نريد أن تعرف حقوقك، بالإضافة إلى الواجبات المترتبة عليك خلال فترة إقامتك في المستشفى. ندعوك أنت وعائلتك إلى الانضمام إلينا كأعضاء فاعلين ضمن فريق الرعاية الصحية الخاص بك).

وثيقة حقوق وواجبات المرضى بمستشفى جونزهوبكنز الأمريكية.

ثم بعد ذلك عددت الوثيقة حقوق المرضى:

1. في الحصول على رعاية لائقة تتسم بالاحترام والرحمة ضمن بيئة آمنة، بغض النظر عن: السن، أو الجنس، أو العرق، أو الهوية، أو الإعاقة.

2. في تلقي الرعاية في بيئة آمنة خالية من أشكال الإساءة أو الإهمال أو سوء المعاملة.
3. أن يتم مخاطبتك باسمك الصحيح، وأن تكون في بيئة تحافظ على الكرامة، وتضيف إلى إيجابية الصورة الذاتية.
4. في معرفة أسماء الأطباء والممرضين وأعضاء فريق الرعاية الطبية جميعهم؛ المسؤولين عن توجيه الرعاية الصحية أو تقديمها لك.
5. في إبلاغ فرد من العائلة أو أي شخص من اختيارك وطبيبك المعني وبشكل فوري إذا تم إدخالك إلى المستشفى.
6. في توافر شخص معك لتقديم الدعم المعنوي خلال فترة إقامتكم في المستشفى، إلا إذا أثر وجود الزائر الخاص بك في أي من: حقوقك، أو سلامتك، أو صحتك، أو تلك المعنية بالآخرين.
7. أن يتم إخبارك من قبل طبيبك عن تشخيص حالتك، وعن التوقعات المرجوة وفوائد العلاج ومخاطره، ولك الحق في منح موافقة كتابية قبل البدء بأي إجراء غير طارئ في تقييم الألم الخاص بك، وفي المشاركة في القرار حول طرق معالجته.
8. أن تكون رعايتك خالية من أي شكل من أشكال القيود والعزلة إذا كانت غير مطلوبة طبيًّا.
9. الحرص الكامل على الحفاظ على سرية المناقشات والفحوصات وطرق العلاج الخاصة بك.

10. يمكنك طلب وجود مرافق معك خلال أي نوع من الفحوصات للحصول على خدمات الحماية والدفاع عن حقوقك في حالات سوء المعاملة أو الإهمال، ويقدم المستشفى قائمة بمقدمي هذه الخدمات.
11. لأسرتك ولأصدقائك، بعد منح موافقتكم، المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بـ: رعايتك، وعلاجك، والخدمات المقدمة بما في ذلك حق رفض العلاج إلى الحد الموجب به قانونيًّا، وإذا غادرت المستشفى خلافًا لرأي طبيبك فإن المستشفى والأطباء غير مسؤولين عن النتائج الطبية المترتبة على هذا القرار.
12. في قبول أو رفض المشاركة في الأبحاث الطبية. وبإمكانك الانسحاب من الدراسة البحثية في أي وقت، ولن يؤثر هذا على حصولك على مستوى الرعاية المعتمد.
13. في أن يتم التواصل معك بلغة يمكنك فهمها، توفر المستشفى لغة الإشارة ومترجمين للغات الأجنبية عند الحاجة ودون مقابل. وستكون المعلومات المقدمة لك ملائمة لعمرك ومناسبة لمدى استيعابك وبلغة مفهومة ومبسطة. إذا كان لديك أي اعتلال في البصر، أو الكلام، أو السمع، أو أية اعتلالات أخرى ستحصل على وسائل مساعدة أخرى لضمان تلبية احتياجات الرعاية الخاصة بك.
14. بإعداد (توجيهات مسبقة)، وبتعيين شخص لأخذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عنك إذا لم تكن قادرًا على ذلك. نقدم لك المعلومات وخدمة تعبئة نموذج التوجيهات المسبقة إذا لم تكن قد أعددته مسبقًا.

15. في المشاركة بترتيب خروجك من المستشفى. ولك أن تتوقع إخبارك بذلك، وضمان توفير الوقت المناسب لخروجك أو نقلك إلى قسم آخر، أو نقلك لمستوى رعاية آخر. وقبل خروجك من المستشفى سوف تحصل على معلومات متابعة الرعاية التي قد تحتاج إليها.
16. في الحصول على معلومات تفصيلية بخصوص تكاليف المستشفى ورسوم الأطباء.
17. حفظ سرية جميع وسائل التواصل معكم وملفات رعايتك، إلا إذا كان التصريح بها وفق ما يسمح به القانون. لك حق رؤية سجلاتك الطبية والحصول على نسخة منها، وبإمكانك زيادة المعلومات الموجودة على ملفك الطبي؛ وذلك بالاتصال بقسم السجلات الطبية.
18. في قبول أو رفض منح الموافقة على إعداد: التسجيلات، والصور الفوتوغرافية، والأفلام، أو أية صور أخرى يتم إنتاجها أو استخدامها لغايات داخلية أو خارجية أخرى، عدا التعريف بك أو بتشخيص حالتك أو العلاج الذي تتلقاه. لك حق الانسحاب من قبول المشاركة ولغاية مهلة زمنية معقولة قبل أن يتم استعمالها.
19. بحث أمر أخلاقي ذي علاقة برعايتك، إذ يتوافر عضو تابع لخدمات الشؤون الأخلاقية في الأوقات جميعها، يمكنك الاتصال به عن طريق جهاز الاتصال البيجر. أدخل رقم هاتفك متبوعًا بإشارة المربع (#)، سيقوم عضو الشؤون الأخلاقية بالاتصال بك بعدها.
20. في الحصول على الخدمات الدينية، إذ يتوافر القس لتقديم المساعدة الفورية أو للاتصال برجل الدين الخاص بك. يمكنك الاتصال بالقس

على رقم معين ما بين الساعة الثامنة صباحًا والخامسة مساء خلال أيام الدوام الرسمي، وللأوقات الأخرى الرجاء الطلب إلى الممرض المسؤول عنك الاتصال بالقسم المناوب. (في هذه الفقرة دليل على تقدير الأطباء في مستشفى جونز هوبكنز للاحتياجات الروحية بوصفها مكملًا لأنواع العلاج الاخرى).

21. في التعبير عن أية مخاوف تتعلق بالرعاية التي تتلقاها، بإمكانك التحدث إلى الطبيب أو الممرض المسؤول أو مدير القسم إذا كانت لديك مشكلة ما أو شكوى معينة، ويمكن كذلك الاتصال بقسم علاقات المرضى أو عن طريق البريد الإلكتروني، وإذا لم يتم حل المشكلة على النحو الذي يرضيك فبإمكانك الاتصال بوزارة الصحة البدنية والصحة العقلية التابعة لولاية ميريلاند.

وشملت الوثيقة واجبات المريض وهي تمثل بعض حقوق الطبيب على المريض:

1. يتوقع منك توفير معلومات كاملة ودقيقة بما في ذلك: اسمك الكامل، والعنوان، ورقم هاتف المنزل، وتاريخ الميلاد، والرقم الوطني، وشركة التأمين، ومعلومات عن صاحب العمل عند طلب ذلك إليك.
2. يجب أن تقدم للمستشفى أو الطبيب نسخة من (نموذج التوجيهات المسبقة) الخاص بك إذا كنت قد أعددته.
3. يتوقع منك توفير معلومات كاملة ودقيقة عن تاريخك الطبي والصحي، بما في ذلك: الوضع الصحي الحالي، والأمراض السابقة،

والإقامة السابقة في المستشفى، والأدوية والفيتامينات، والمنتجات العشبية، وأية أمور أخرى ذات صلة بصحتك بما في ذلك أيضًا مخاطر السلامة المتوقعة.

4. يتوقع منك طرح الأسئلة إذا لم تكن المعلومات أو التعليمات مفهومة بشكل وافٍ. ينبغي أن تخبر طبيبك إذا شعرت بعدم قدرتك على متابعة خطة العلاج، وتقع المسؤولية عليك كذلك إذا لم تتابع النظام العلاجي والرعاية والخدمات المقدمة لك.
5. يتوقع منك المشاركة الفاعلة في خطة السيطرة على الألم الخاص بك، والاستمرار بإعلام الأطباء والممرضين المسؤولين عنك عن مدى فاعلية نظام العلاج المتبع.
6. يتوقع من المريض التعامل مع جميع الموظفين في المستشفى والمرضى الآخرين والزوار بأسلوب لائق وباحترام، ويتوقع منك التزام قوانين المستشفى وتعليمات السلامة كافة، وأن تضع في الحسبان مستوى الضجة والخصوصية وعدد الزوار.
7. يتوقع منك توفير معلومات كاملة ودقيقة عن تغطية التأمين الصحي الخاص بك، وأن تقوم بتسديد الالتزامات المالية المترتبة عليك في الوقت المناسب.
8. أنت المسؤول عن المحافظة على المواعيد والتزام أوقاتها، والاتصال بمقدم الرعاية الصحية إذا لم تستطع المحافظة على المواعيد.

(انتهى نص الوثيقة)

إن هذه الوثيقة تقدم إلى المريض بمجرد دخوله المستشفى، وهي بهذه التفاصيل تدل على اهتمام مقدمي الخدمة الطبية بحقوق المرضى والأطباء، وليت من يقدم الخدمة الطبية في بلادنا يتأمل هذه الوثيقة وغيرها مما يُلْتَزَمُ به في تلك البلاد.

أجر الطبيب

الأجر الحقيقي للطبيب أجرٌ متوقع من الله قبل الناس.

من أهم حقوق الطبيب أن يتقاضى أجرًا ماديًّا مجزيًا يغنيه عن اكتساب قوته واحتياجاته بأي وسائل أخرى، ونحن نرى أن كثيرًا من الأطباء يتركون بلادهم بسبب عسر أوضاعهم المادية وغير المادية، فالقضاة ورجال الأمن وغيرهم من أصحاب المهن الحساسة يتمتعون برواتب مجزية حتى لا يقعوا في فخ طلب المال بوسائل لا تليق بهم، أو يقومون بأعمال إضافية لا تتلاءم مع مهنهم، فما أحرى الطبيب بأن يعامل مثل هؤلاء! حتى يتفرغ لأداء مهمته بتفان وإخلاص. وقد رأيت كثيرًا من زملائي الأطباء المتمكنين يلجؤون إلى الطب الخاص؛ لزيادة دخلهم بالرغم من أنهم يعدونه أبغض الحلال. ولا شك في أن تقسيم عمل الطبيب بين القطاعين: العام والخاص يكون في أغلب الأحيان على حساب القطاع العام.

إن قناعة الطبيب بما يتقاضى من أجر تعتمد على توجهه عند الالتحاق بهذه المهنة، وتعتمد كذلك على دور كلية الطب ومن فيها من القدوات، فإذا أعدت هذه الكليات طلبتها لخدمة الناس وانتظار الأجر من الله، فإن موضوع

أجر الطبيب لن يكون الهم الأول بالنسبة إليه، وليتذكر الطبيب دائمًا أنه موظف لدى المجتمع وليس فقط لدى الدولة أو المؤسسات الطبية الخاصة؛ لأن راتبه يأتي من المجتمع في أغلب البلاد، فإذا تذكر الطبيب ذلك فسيعلم أن الكسب المادي لا علاقة له في أغلب الأحيان بالرضا الوظيفي. وأن التزامه للمجتمع أخلاقي وليس ماديًّا. إذن الأجر الحقيقي للطبيب هو أجرٌ متوقع من الله قبل الناس، وهذا التوجه يجب أن يكون نتاج تدريب يغرس في الطبيب حب خدمة الناس وليس التطلعات الشخصية، وإن قامت كليات الطب بهذا الواجب وكان الأساتذة فيها قدوة لطلبتهم فسيكون هذا إعدادًا نفسيًّا للرضا بالأجر من الله وتقدير الناس وحبهم، وهنا يحضرني حديث أحد أساتذتي الأجلاء حين سأل زميلًا لي: «كم تقبض في الشهر؟»، فأجابه: «ثمانية وخمسين جنيهًا». ثم عاد فسأله: «أيهما أكثر، الراتب أم العمل؟»، فأجاب: «الراتب قليل، والعمل كثير»، عندئذٍ قال الأستاذ: «إذن أنت خسرت خير الدنيا (الراتب)، فلا تخسر خير الآخرة، واحتسب هذا العمل لله سبحانه وتعالى»، فيا لها من نصيحة! بل يا لها من موعظة!

إننا نربأ بزملائنا الأطباء ولا سيما أولئك الذين يعملون في القطاع الخاص أن يحيلوا المهنة النبيلة إلى تجارة لضخ المال، أو أن يبتزوا مرضاهم كما هو الحال في بعض البلاد. يجب على من يوظف الأطباء أن يعلم أن راتب الطبيب لا يذهب فقط لكسب قوته، بل إن هناك كثيرًا من واجبات الطبيب تحتاج إلى المال، يحتاج الطبيب إلى الاشتراك في المجلات العلمية التي تساعده على تحديث معلوماته، ويحتاج إلى حضور المؤتمرات واللقاءات العلمية

وغيرها، ولا بد أن يُعَمَل حساب هذه الأمور كلها عند تقدير راتب الطبيب. إنني أعرف بلادًا دخل الطبيب فيها أقل من دخل الصبية الذين يغسلون السيارات في الشوارع، وحين لا يجد الطبيب ما يسد رمقه وعياله في مثل هذه البلاد فليس أمامه إلا الهجرة إلى حيث يجزل عطاء الطبيب. التقارير تشير إلى أن دُفعات بأكملها من خريجي كليات الطب في بعض البلاد هاجرت إلى بلدان أخرى، ولك أن تتخيل، أيها القارئ، كم تتضرر البلدان التي تنفق الملايين على تدريب أطباء لا تستفيد منهم.

الفصل السادس عشر
عمل المرأة في المهن الطبية

النساء يدركن أهمية القيام بالعمل الذي يحتاج إلى تكرار، ويجدن فيه رضًا وراحة نفسية.

كتبت في مؤلف سابق بعنوان **أطباء السودان الحفاة**، وكنت حقيقةً أقصد (الطبيبات الحافيات)؛ لأن الكتاب كان عن نساءٍ عظيمات، صدقن النية، فعملن، فأبدعن، فأحيين الأنفس. كتبت في ذلك الكتاب فصلًا كاملًا عن عظمة النساء، وعظم دورهن في مهنة الطب، وابتدرت ذلك الفصل أن للمرأة عطاء غير منقوص في الحياة عامة وفي بناء المجتمع وتنميته، وذلك بما يصبرن عليه من نشاط متكرر لا يطيقه الرجال. عمل النساء في المهن الصحية عملٌ موفقٌ، وعملٌ يقدمن فيه أكثر من الرجال؛ لأنه يحتاج إلى صبر، وهن يتمتعن بهذه الفضيلة. تقول طبيبة الأطفال البريطانية الشهيرة سيسلي وليامز عن عمل النساء في المهن الطبية[90]: «إن النساء يمتلكن: حضور البديهة، والصبر، والانضباط، وتكامل الشخصية، ويظهر ذلك كله في مقدرتهن الفائقة على الإنصات والتبسيط. الرجال لا يطيقون التكرار، ويجدونه مملًا؛ ولكن النساء يدركن أهمية القيام بالعمل الذي يحتاج إلى تكرار، ويجدن فيه

رضًا وراحة نفسية، ومثل هذا العمل لا يمكن الاستغناء عنه في رعاية الصغار والضعفاء». ولعلي أورد هذا النص الرائع بلغته الأصيلة؛ لأن صياغته بلسان كاتبته أكثر بلاغة من محاولتي ترجمته إلى العربية.

(Women possess most of the common sense, discipline, patience and integrity, often displaying a remarkable capacity to listen and simplify. Men are likely to despise routine work and regard it as a core and bore. Women know that practical, monotonous repetitive work can be supremely important, significant and satisfying. It is indispensable in the care of the young and vulnerable.)

كان لا بد من تخصيص فصل عن عمل المرأة (الطبيبة المتميزة) في الطب في هذا الكتاب لأسباب، أهمها:

1. الحاجة الملحة إلى عمل المرأة في الطب في بلادنا.
2. خصوصية عمل النساء في الطب في مجتمعاتنا.
3. إبراز دور المرأة وإسهاماتها في تقدم الطب.
4. المقدرات التي تمتلكها الطبيبة وتتفوق فيها على الطبيب.

التاريخ البعيد والقريب في الشرق والغرب يحفل بأسماء كبيرة وإسهامات مقدرة من نساء عملن في المهنة الطبية، ففي التاريخ الإسلامي لمعت أسماء نساء في الطب والتمريض، منهن: أم العلاء الأنصارية، والشفاء بنت عبد الله، ورفيدة، وزينب طبيبة بني أود، وابنة شهاب الدين بن الصائغ، كلهن اشتهرن

بخدمة المحتاجين إلى الرعاية الصحية؛ كالجرحى، واشتهر بعضهن في العصر الأموي بطب العيون (الكحالة).

وقد تولت ابنة شهاب الدين بن الصائغ رئاسة الطب في المارستان (المستشفى) المنصوري بعد وفاة والدها. أما في العصر الحديث فهناك العديد من النساء اللواتي أسهمن في تطوير الطب ونلن الجوائز العالمية الرفيعة، وكان للنساء في بلادنا نصيبٌ من ذلك، فمنهن من حصلت على براءات الاختراع من المجلس الطبي الأمريكي (PCT)، ومنهن عميدات وأستاذات بكليات الطب ورئيسات أقسام، بل إن منهن من ولجت تخصصات كانت حكرًا على الرجال من الأطباء؛ كالجراحة. بالرغم من ذلك كله تجد بعض العامة – وللأسف بعض الأطباء الرجال – يتشككون في كفاءة الطبيبة.

وفي بلادنا هناك من يتحفظ على عمل المرأة المسلمة في الطب؛ بحجة أنه لا حاجة لخروج المرأة إلى العمل لأن الزوج كفيل بالنفقة عليها، نسي هؤلاء أو تناسوا أن هناك حاجات في المجتمع لا يصلح لها إلا الطبيبات من النساء. وهناك من بعض العلماء من يعترض على عمل النساء في الطب بدعوى تعرضهن للاختلاط وغيره، ولكن العلماء الحكماء لا يفتون فقط بجواز عمل المرأة في الطب، بل يستنكرون الحجر على النساء في ذلك. يقول أحد العلماء من مركز الفتوى: «إن المرأة لها الحق في التعليم ودراسة ما يتناسب وطبيعتها، فإذا تعلمت الطب مثلًا بنية نفع أمتها، وما أحوج الأمة المسلمة إلى الطبيبات المسلمات المتقنات! فإنها تؤجر على ذلك»[91]. ويستطرد فيقول: «وهي تؤجر على هذا العلم النافع الذي تعلمته وعملت به، فتعطى أجر العالم العامل في

تخصصها. وكلما كانت أكثر صدقًا وإخلاصًا كانت أكثر ثوابًا، ولا يقتصر فضل العلم والعمل به على الرجال دون النساء، فتؤجر المرأة ما دامت منضبطة في ذلك بالضوابط الشرعية».

ينص نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة العربية السعودية على أن (ممارسة أي من المهن الصحية لا يقتصر على الرجال، بل هو متاح للجنسين كليهما، فلا توجد أي نصوص نظامية تقيد حق المرأة في ممارسة المهنة الصحية المختصة بها طالما توافرت لديها الشروط المنصوص عليها في المادة الثانية من نظام مزاولة المهن الصحية). ربما يتعجب بعض الناس من أن التشكك والتحفظ على عمل المرأة في الطب ليس ظاهرة شرقية، ولكن كثيرين في الغرب يحملون الأفكار نفسها، فقد جاء في مقال في المجلة الطبيبة البريطانية (BMJ) نشر في عام 2005م أن كثيرًا من العاملين في المهن الصحية ما يزالون ينظرون للطبيبات بريبة، وذلك بالرغم من تزايد أعدادهن، وما يزال بعض الأطباء أصحاب النفوذ يعبرون عن خشيتهم من أن النسبة المتزايدة من الطبيبات ستقود إلى ضياع نفوذ وتأثير الأطباء الذكور ووضعهم المهني[92].

ليس مستغربًا أن بعض أصحاب الأفق الضيق من الأطباء الذكور في الغرب يفكرون بهذه العقلية، فربما أحس هؤلاء بمنافسة الطبيبات وتفوقهن. كتب أحد الباحثين في مجلة الطب الأكاديمي (Academic Medicine) أن المؤسسات التعليمية التي احتفظت بالعنصر النسائي حققت النجاح في العمل الأكاديمي، وخلصت الدراسة إلى أهمية التنوع الجنسي في الأقسام، وأهمية

زيادة وتطوير أعضاء هيئة التدريس من النساء، وتشجيعهن للانضمام إلى المؤسسات التعليمية.

أثبتت الطبيبات تفوقًا على الأطباء في مواساة المرضى وطمأنتهم، ولا سيما في تفهم المرضى؛ ذلك لأن المرأة بطبيعتها متفهمة ومتعاطفة، وتحسن لغة التأثير الإيجابي في المرضى، وتعبر عن عاطفتها ومشاركتها المريض بصدق وحميمية. وهذه كلها من شروط نجاح طمأنة المريض ومواساته. نشرت مجلة (Patient Education Counselling) ملخصًا لسبعة دراسات تحليلية عن العلاقة بين جنس الطبيب والتواصل مع المرضى في المعاينات الطبية، وشملت: أطباء باطنية، وأطباء أسرة، واختصاصيي نساء وولادة. كانت خلاصة هذه الدراسات أن المرضى تواصلوا بصورة أفضل وبصراحة أكثر مع الطبيبات مقارنة بالأطباء[93].

بينت دراسة أخرى للمرضى والأطباء أن الطبيبات أحببن مرضاهن أكثر من الأطباء، وفي الدراسة نفسها ذكر المرضى أنهم أحبوا الطبيبات أكثر من الأطباء، وكانوا أكثر رضًا بالخدمة المقدمة منهن. وتؤكد دراسات أخرى تفضيل المرضى الطبيبات، منها دراسة وضحت أن النساء أكثر تقبلًا لفحص سرطان الثدي وفوهة عنق الرحم عند معاينة طبيبات لهن مقارنة مع معدلات القبول إذا تمت معاينتهن من قبل أطباء ذكور، وعزا الباحثون السبب إلى اختلاف تعامل الأطباء والطبيبات. لعل هذه النتائج كلها تفسر غيرة - إن لم يكن حسد بعض الأشخاص- من عمل النساء في الطب.

تؤكد تجربتي الشخصية ما توصلت إليه هذه الدراسات، وقد لاحظت أن طالبات الطب أكثر حرصًا من الطلاب الذكور في التحصيل، وأفضل نتائج في كثير من الاختبارات. إن تميز طالبات الطب أثناء الدراسة هو الذي يجعل منهن طبيبات متميزات ومتمكنات بعد التخرج في الجامعة، وفوق التميز الأكاديمي فإن النساء - عمومًا - أكثر التزامًا بأخلاقيات المهنة، وقلما يخشى منهن في استغلال مهنتهن، النساء أقرب إلى العمل من أجل الآخرين احتسابًا وليس اكتسابًا. صحيح أن هناك مشكلة تسرب وتناقص في أعداد الطبيبات بسبب الزواج أو انصياعًا لرغبة الأزواج، ولا شك في أن ذلك يمثل هدرًا لموارد ثمينة سخرت لإعداد هؤلاء الطبيبات لمهنتهن، ولا نرى أن ترك العمل بالنسبة إلى الطبيبات أمر حتمي، وحل هذه المشكلة هو تقليل ساعات العمل بالنسبة إليهن.

ولا نرى أن تلزم المرأة بتخصص معين في الطب، بل لها أن تلج التخصصات كلها، ولكن إذا كان السكان - غالبيتهم - في بلادنا نساءً وأطفالًا، وإذا كانت النساء يفضلن نساءً مثلهن للحصول على الخدمة الصحية لهن ولأطفالهن، فإن من الخير أن تكون الطبيبات عماد الخدمة الصحية في مجال طب النساء والولادة والأطفال وطب الأسرة؛ فهن أكثر دراية وخبرة للعناية بالأم والطفل، وأكثر رقة في التعامل. ولأن النساء والأطفال الفئات الأضعف والأكثر عرضة للأخطار في مجتمعاتنا فالحنو عليهم يأتي ممن هم في نفس أوضاعهم.

إن الطبيبات مهيئات فطريًّا لأداء دورهن بتميز وإتقان، فيجب أن يحرصن على استدامة التميز، وعليهن السعي إلى تحقيق دورهن الإنساني

والتنموي من خلال عملهن في مهنة الطب. كيف تحقق المرأة دورها التنموي من خلال عملها في الطب؟ هذا ما أجاب عنه أحد الكتّاب ونورده هنا لوجاهته. يرى الكاتب أن الطبيبة يمكن أن تحقق دورها التنموي بعدة تدابير منها[94]:

1. استصحاب نية خدمة المجتمع وبنات جنسها بتحقيق مبتغاهن من التطبيب والتمريض في جو نفسي مريح.
2. العناية بتطوير مهاراتها الطبية، والاطلاع على الجديد في مجال تخصصها، وحضور الندوات والمؤتمرات واللقاءات المتخصصة في مجالها.
3. الوعي بالدور التنموي للطبيبة، وعلاقة ذلك بوظيفة الإنسان في الأرض، وهي الاستخلاف وعمارتها.
4. التزام القيم والأعراف المجتمعية في التعامل مع المرضى.
5. سنّ القوانين التي تحقق للمرأة حرية مطلقة في عملها دون مضايقات أو تقييد لحريتها، مع تهيئة الجو الآمن البعيد عن المخاطر بصورها كافة، وسن القوانين الصارمة لكل من يتعرض للعاملات في المجال الطبي وغيره من مجالات عمل المرأة.

إن عمل المرأة في الطب ليس أمرًا مستحبًّا فحسب، بل إنه يرقى إلى فرض الكفاية، فلا يَحْرِمنّ أحدٌ ابنته أو أخته أو زوجته إذا رغبت في دراسة الطب، وعلى الأطباء إظهار التقدير والاحترام لزميلاتهم الطبيبات، ودعمهن، فذلك أدعى لأن يحترمهن المجتمع ويثمن دورهن.

الفصل السابع عشر
موضوعات أخرى تهم الطبيب المتميز

«إذا أحسست في حينٍ من الأحيان أن عقيدتي بالله قد تزعزعت وجهت وجهي إلى أكاديمية العلوم لتثبيتها».

الدكتور وتز - عميد كلية الطب، باريس

بالرغم من حرصنا على أن يكون الكتاب خفيفًا في وزنه ثقيلًا بما يحمل من مادة علمية، إلا أننا رأينا أن نفرد فصلًا ومساحةً لعدد من الموضوعات المتفرقة التي تهم الطبيب المتميز؛ ذلك أن فيها إثراء لمعارفه وتوجهاته، ويمكن أن تعينه على صقل مهاراته، ومن ثم تؤهله للممارسة المتميزة. ولن نسهب في هذه الموضوعات إلا بقدر ما يجب تسليط الضوء عليه، تاركين المجال مفتوحًا للطبيب في أن يتعمق في ما يتعلق باهتمامه وتخصصه. نناقش من هذه الموضوعات: الطبيب وأنظمة مزاولة المهنة، والتراث الطبي والموروثات في مزاولة المهنة، والطب الشعبي، والبديل والتكميلي، وصولًا إلى ما يمكن أن يسمى طب المشعوذين. ويدخل في هذه الموضوعات: اقتصاديات الصحة، والعمل الخاص، والوقفات الإيمانية في تعلم الطب وممارسته، وأخيرًا هجرة الأطباء.

الطبيب وأنظمة مزاولة المهنة

ينبغي للطبيب المتميز أن يتعرف التشريعات الصحية ومتطلبات المجالس الطبية، وقوانين مزاولة المهنة وأنظمتها في بلده، والتزامها في ممارسته. ولا يعفي الجهل بهذه الأنظمة والقوانين من المساءلة إذا حدثت تجاوزات، وضمانًا لوصولها إلى الأطباء فمن الأفضل تمليكهم إياها عند أداء القسم الطبي.

تتضمن التشريعات الصحية واجبات الطبيب وحقوقه، وتتضمن أيضًا توجيهات في أداء الطبيب عمله، وتنظم علاقته بالمرضى وأعضاء الفريق الصحي والمجتمع، وليس للطبيب من خيار إلا التزام كل صغيرة وكبيرة ترد في هذه القوانين والتشريعات. وتتطلب بعض أنظمة مزاولة المهنة الطبية خضوع الطبيب لتجديد قيده بالجهة المرخصة للممارسة، على أن يرتبط ذلك بنظام التطوير المهني المستمر، والحصول على عدد معين من الساعات المعتمدة في التدريب، وفي حضور المؤتمرات وورش العمل، وذلك كله لضمان أن يكون الطبيب متابعًا لمستجدات المهنة. وتذهب بعض البلدان إلى أبعد من ذلك، حيث يخضع الطبيب فيها لاختبار من أجل تجديد ترخيصه بالممارسة؛ كما هو الحال بالولايات المتحدة الأمريكية.

الطبيب والتراث الطبي

لا بد للطبيب المتمكن من استصحاب التراث الطبي في تعلم الطب وممارسته، ذلك أدنى أن يكون التعلم والممارسة منتمية للمجتمع الذي يعمل

فيه الطبيب، وقد يستصعب بعضهم مزج الأصل بالعصر، ولعل بعضًا من القصور في حفظ الصحة ومداواة المرض يعود إلى أسباب ثقافية واجتماعية تعيق الأطباء عن القيام بمهنتهم على الوجه الأكمل؛ لذا وجب أن تتضمن مناهج دراسة الطب: الجوانب الاجتماعية والثقافية في علاقة الطبيب بالمجتمع وبالمرضى، والحد الأدنى من علوم الإنثروبيولوجيا الطبية (Medical Anthropology)، والإثنوجرافيا الطبية (Medical Ethnography)، والإثنولوجيا الطبية (Medical Ethnology)، وأهم هذه العلوم علم الاجتماع الطبي (Medical Sociology). وإذا كانت المناهج لا تتسع لهذه العلوم كلها فلا أقل من أن تكون هذه موضوعات للتعليم الطبي المستمر (CME) أو بعض واجبات التعلم الذاتي (Self-learning).

يذهب الصافي إلى أبعد من ذلك فيقول: «لا بد للطبيب وهو في طريقه لأن يكون حكيمًا من أن يمحو بعض أميته في علوم الدين والفلسفة، والسحر، والكونيات، ويتعرف المفاهيم الرئيسة في العلوم الإنسانية ذات الصلة»، ويستطرد: «نحتاج إلى الطبيب البصير المتمكن من علمه، ونحتاج أيضًا إلى الطبيب الحكيم الواعي والمدرك خفايا المجتمعات التي يعيش فيها، أو يعمل معها، ويستشهد بالتجاني الماحي إذ يقول: «إنه عفى الزمن على الطبيب الحرفي، وآن أوان ظهور (الحكيم) الذي يخرج بمهنته من إسار الحرفة الضيقة إلى رحاب الثقافة والاحتراف الأمثل»[95].

سبق الطب الشعبي الطب الحديث، فهو موجود ابتدعه الإنسان منذ أزمان غابرة، وما زال يمارس في كثير من المجتمعات حتى تلك التي تسمى

(متقدمة)، وقد أثبتت دراسة لم أعثر على مرجعها أن الطب الشعبي هو الخيار الأول لمن يصابون بالمرض في كثيرٍ من المجتمعات. يقول الصافي بأن الطب الشعبي والطب البديل «ساعدا على سد بعض النواقص في الطب الرسمي في أغلب بلدان العالم، وساهما في بعض العلاجات التي أكد العلم فاعليتها ومأمونيتها، وبالتالي أدمجت في الوصفات العلاجية الرسمية؛ أي أنها ضمنت في دساتير أدوية تلك البلاد. عرفت هذه الأدوية وبعض الممارسات الشعبية أو البديلة التي تم تبنيها بالطب التكميلي (Complementary Medicine)، وعرف المجال كله بالطب البديل والتكميلي (Complementary and Alternative Medicine)، والأمر الذي نلفت النظر إليه أن مزاولة مهنة الطب البديل دون ترخيص تعد جريمة كبيرة بحق المريض.

الطبيب المتميز يحسن التعامل مع الذين يمارسون هذه الأنواع من الطب، ويتفهم سلوك مرضاه في اللجوء إلى هؤلاء الممارسين، ولقد شهدت بعض المرضى المنومين بالمستشفى يختفون ليلًا لزيارة الطبيب الشعبي. وقد فصلنا في أحد فصول الكتاب عن تفضيل بعض المرضى الطب الشعبي؛ لأن الطبيب الشعبي لا يمتلك التقنيات الحديثة ولا الأدوية التي يمتلكها الطبيب، ولكنه يمتلك مهارات التواصل مع مرضاه، وبحكم علاقته المستدامة بأفراد المجتمع فهو يعرف مشكلاتهم وسلوكهم، ويستفيد من ذلك كله في معالجاته. ويجب التفريق بين الطب البديل والطب الشعبي وبين ما يسمى (طب المشعوذين) والذي عرف بأنه: «أي ممارسة تتعلق بصحة الإنسان غير مبنية على أسس علمية معترف بها من جهات الاختصاص ومن غير ترخيص،

أو غير مبنية على خبرات متكررة من أناس موثوقين، أو لم يثبت علميًّا جدواها في مشكلات صحية معينة، أو صدر بشأنها تحذير من جهات الاختصاص، أو كانت مخالفة للقيم والأخلاق والأنظمة السائدة، وتمارس عادة خارج نطاق المؤسسات الصحية الحديثة»[96]، ويضيف المرجع أن هذا النوع من الطب منتشر لدى: المشعوذين، والدجالين، والسحرة، والعرافين، ومن في حكمهم من المستغفلين للناس والمستغلين لحاجاتهم، إضافة إلى إقبال كثير من الناس بمختلف مستوياتهم العلمية والثقافية والاجتماعية عليهم.

ويظهر أن هذه الممارسات وهذا النوع من طب المشعوذين قديم قدم الثقافة العربية، فارتباط الممارسة بالسحر يظهر في بيت أبي قيس بن أبي السلت:

ألا من مبلغٍ حسان عني أسحرٌ كان طبك أم جنون؟

ويقول ابن خلدون: «وللبادية من أهل العمران طب يبنونه – في غالب الأمر– على تجربة قاصرة على بعض الأشخاص، ويتداولونها متوارثًا عن مشايخ الحي وعجائزه، وربما يصلح منه البعض، إلا أنه ليس على قانون طبيعي»[97].

إن من واجبات الطبيب أن ينبه الناس في مجتمعه، ويحذرهم من خطورة طب المشعوذين الذي قد يؤدي إلى قتل المرضى أو إصابتهم بعاهات مستديمة. يذكر محمد المفرح أن من هؤلاء الدجالين من يتاجر بصحة بعض المرضى النفسيين وأرواحهم؛ بحجة أنهم «مسحورون أو أن لديهم مسًّا من الجن، وأنهم يعملون على إبطال السحر أو إخراج الجني باستخدام القوة، كأن يعرضوهم

لضربٍ مبرح، أو أن تتعرض النساء - خاصة في الظلام - إلى سلوك غير أخلاقي من قبل المتطبب الدجال، ومنهم من تجرأ على وضع ماء مقروء فيه داخل المغذي الموصوف للمريض»[98].

وعدد الدكتور المفرح الأسباب التي تدعو الناس إلى اللجوء إلى طب المشعوذين ومنها:

1. القصص الوهمية عن طب المشعوذين والسحرة ونتائجه الباهرة الخارقة للعادة والتي يعجز عنها الطب الحديث.
2. انخفاض المستوى التعليمي والثقافي لا سيما إذا كان المشعوذ يصبغ علاجاته المزعومة بلون ديني: كالقراءة، والرقية، والأدعية.
3. انخفاض مستوى الوعي الصحي نتيجة تقصير الجهات المسؤولة، وعدم إعطائها العناية المطلوبة للنواحي العلاجية في الطب الحديث.
4. نقص الخدمات الصحية وعدم رضا الكثيرين عنها، وذلك بالرغم من تطورها، فحينما لا يجد المريض التعامل الجيد أو العلاج الشافي فإنه يلجأ - في كثير من الأحوال - إلى الطب الشعبي أو طب المشعوذين.
5. غلاء الأدوية والفحوصات في المراكز الصحية والمستشفيات الخاصة.
6. صعوبة إعطاء المواعيد في المستشفيات الحكومية وطول فترة انتظارها.
7. إسهام بعض وسائل الإعلام ووسائط التواصل الاجتماعي في نشر مثل هذه النشاطات المشبوهة وتشجيعها.

8. عدم وجود تشريعات توضح مدى قانونية مثل هذه الأنشطة، وعدم وجود رادع لها أو لضعف في المراقبة والمحاسبة.
9. عدم معرفة كثير من الناس بأن مثل هذه الممارسات والشعوذة تعد من الأعمال المحرمة في الدين.
10. قيام بعض من يمثلون التدين والتقوى بتشجيع مثل هذه الممارسات، علاوة على أن بعضًا من هؤلاء - وإن كان بحسن نية - يلوون أعناق بعض الأحاديث ويعطونها منزلة علمية طبية، مستغلين عاطفة الناس الدينية الصادقة.

من واجبات الطبيب المتميز دحض هذه الافتراءات جميعها وتعريتها، وذلك بالتوعية الصحية المناسبة، وباستخدام ذات الوسائل الإعلامية لتوضيح كذب دعاواها، وألا يعتذر الطبيب عن القيام بذلك بدعوى ضيق الوقت، وأيضًا توضيح أن زيارة الكهان والسحرة والمشعوذين فيه مخالفة للدين؛ إذ قال الرسول الكريم ﷺ: «من أتى كاهنًا أو عرافًا فصدقه بما يقول فقد كفر بما أنزل على محمد»، رواه مسلم*.

الطبيب واقتصاديات الصحة

ذكرنا في غير موضع من هذا الكتاب أهمية تكامل الطب البيولوجي والعلوم الإنسانية، فهذه العلوم - كما قيل - (روافد ومفاتيح لفهم النفس البشرية). ونخص في هذه الفقرة أهمية أحد هذه العلوم، وهو ما يعرف باقتصاديات الصحة (Health Economics)، والذي صار علمًا وتخصصًا تنال

* أخرجه أبويعلى (رقم5408) وصححه الألباني في صحيح الجامع (رقم5939).

فيه الدرجات العليا. ولاقتصاديات الصحة أبعاد عديدة تتعلق بمفهوم (جدوى الكلفة) (Cost Effectiveness) في الإنفاق على الصحة وتحديد الأولويات، ومثل هذه الأبعاد من اقتصاديات الصحة تهم الأطباء عند نقاش الحالة الصحية للمجتمعات وإيجاد الحلول للمشكلات الصحية، ولكنها تهم أكثر المخططين الصحيين، وواضعي السياسات الصحية على مستوى وزارات الصحة وإدارات الشؤون الصحية على مستوى الأقاليم في كل بلد.

غير أن الذي يهم الطبيب الممارس من اقتصاديات الصحة هو مراعاة الحالة الاقتصادية للمريض عند تقديم الرعاية الصحية له، فلا بد للطبيب من أن يراعي وضع المريض عند طلب الفحوصات ووصف الأدوية، فبعض هذه تكون مكلفة حتى لأصحاب الدخول العالية فكيف بالفقراء والضعفاء من المرضى؟ وتقدير الحالة الاجتماعية والاستطاعة لا يعني أن نقدم خدمة أقل جودة، ولكن إدراك الطبيب البدائل الفاعلة يمكن أن يعوض ذلك. وإذا كان العلاج يتطلب أحد الفحوصات أو الأدوية المكلفة فلا بد للطبيب من أن يساعد المريض، وذلك باستقطاب الدعم المادي من المؤسسات والمنظمات كلها التي نذرت نفسها لمثل هذا الهدف الإنساني النبيل، وعد الاكتفاء فقط باستقطاب الدعم من الاختصاصيين الاجتماعيين الموجودين ببعض المستشفيات والمراكز الصحية، ونحن نتوقع من أساتذة الطب، خصوصًا حين لا يتضمن المنهج أي دورات أو سمنارات في موضوع اقتصاديات الصحة، نتوقع منهم الإشارة إلى هذا الأمر المهم عند تدريب طلبة الطب في السنوات السريرية وما

قبل السريرية، وحبذا لو أن اختبارات الطب تتضمن بعضًا من هذا ليكون حافزًا وتأكيدًا على أهمية اقتصاديات الصحة في الممارسة اليومية.

ولا بد أن ننوه هنا بأهمية ضبط طلب الفحوصات للمريض، وألا يتم ذلك بالسهولة والتلقائية التي نشاهدها في كثير من مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات، إذ تحوي استمارات طلب الفحوص الموضوعة أمام الطبيب العديد منها، مما يسهل على الطبيب ويغريه بالتأشير على كثير منها دون حسبان لكلفتها. وتكثر مثل هذه الممارسات في الطب الخاص الذي يكون فيه التوجه للربحية أكثر من حاجة المريض الفعلية. وربما يقول قائل: «إن شركات التأمين الصحي هي من يدفع فاتورة العلاج؛ فما المشكلة؟»، وحقيقة الأمر أن المشكلة أخلاقية، وقد أدت في كثير من البلاد إلى أن تملي شركات التأمين الصحي هذه الفحوصات وتحددها؛ مما يعد تدخلًا سافرًا في مهنية الطب، ولقد شهدت كثيرًا من الأطباء يطلبون إلى مريض فحصًا معينًا فتجيئهم رسالة شركة التأمين أنه لا يمكن إجراء ذلك الفحص بسبب كلفته. إن للتعليم الطبي دورًا في ذلك إذا تضمن التدريب التزام قواعد الطب المبني على البرهان، يلزم مثل هذا التدريب الطبيب أن يكون لديه دليل علمي على أن طلب فحص معين أو وصف علاج معين سيكون هو الأكثر فائدة للمريض.

ويجب أن ننوّه في هذا المقام بأمر آخر وهو أن للمعالجات خيارات، فهناك الخيار الأول (First Best)، وهناك الخيار الثاني (Second Best)، وعلى الطبيب أن يناقش هذه الخيارات مع المريض عند وصف العلاج له؛ ليس فقط مراعاة للحالة الاجتماعية والاقتصادية للمريض، ولكن احترامًا لاستقلالية

المريض في اتخاذ قرار اختياره (Patient Autonomy)، ويدخل هذا أيضًا في أخلاقيات المهنة. بعض المرضى قد يفضل الخيار الثاني على الخيار الأول، كالذي يفضل العلاج المحافظ على العلاج الجراحي الذي يرى الطبيب أنه العلاج الأمثل، وهذا ما يسمى (Patient oriented evidence that matters) في ممارسة الطب المبني على البرهان.

الطبيب والعمل الخاص

يضطر بعض الأطباء إلى العمل الخاص، ونقصد به العمل في عيادة خاصة أو مستشفى خاص، وغالبًا لا يلجأ كثير من الأطباء إلى العمل الخاص إلا حين يكون دخلهم من العمل في المؤسسات الحكومية ضعيفة لا تكفي للعيش الكريم، وهذا حال كثير من الأطباء في بلاد تبخس عطاءهم. وحين يعمل أحدهم في عيادة خاصة يعد ذلك أبغض الحلال؛ لا لعيبٍ في العمل الخاص فهو عملٌ شريفٌ إذا كان راشدًا وإنسانيًّا، ولكنه بالنسبة إلى من يقرن العمل العام والخاص أمر شاق، وقد يصبح أحدهما على حساب الآخر، وهنا تنتقص المهنية.

ينبغي للطبيب الذي يعمل في المؤسسات الطبية الخاصة أن يلتزم أخلاقيات المهنة، فهناك من أصحاب هذه المؤسسات من يكون هدفه الاستثمار في معاناة المرضى، ومنهم من يضغط على الأطباء العاملين لديه لكي يحرصوا على زيادة دخل المؤسسة بممارسات تمس الخلق الطبي القويم

وترهق المرضى وذويهم؛ فهناك من يطلب فحوصات غير ضرورية أو يصف أدويةً لا يحتاجها المريض، كحقن الفيتامينات وغيرها. لا نقول هذا على الإطلاق، فهناك مستشفيات ومؤسسات طبية خاصة تراعي فيها أخلاقيات المهنة، ولا ننسى أن الطب الخاص يمكن أن يكون مكملًا للطب العام، بل إن للطب الخاص ميزة لا تتوافر في المؤسسات الصحية الحكومية، وهي أن باستطاعة المريض اختيار طبيبه، غير أن العمل الخاص في الطب – في بعض البلاد – يكون على حساب المستشفيات العامة، حين تغدق العملات الصعبة على المستشفيات الخاصة لشراء المعدات الباهظة التكاليف وتكون هذه العملات مكتسبة بعرق العمال والزراع الذين لا يجدون سبيلًا إلى هذه المستشفيات الخاصة، ولا يكون للمستشفيات العامة نصيب من هذه العملات، بل تعمل بميزانيات تشغيل ضعيفة بسبب الإنفاق القاصر على الصحة في البلاد محدودة الدخل.

إن الطبيب الملتزم بأخلاقيات المهنة يقدم مستوًى واحدًا من الخدمة أينما يعمل، ولا يخضع لضغوط الذين يحيلون المهنة الإنسانية إلى تجارة لضخ الأموال، بل يعمل ما يمليه عليه ضميره وما تفرضه أصول مزاولة المهنة، ولا ينتقص ذلك من قيمة العمل الخاص الذي يراعي حالة المريض الاجتماعية، فأنا أعلم نماذج من الأطباء الذين يخصصون أيامًا لمعالجة المرضى مجانًا، ومنهم من يضع حسابًا في صيدلية يرسل إليها المرضى الذين لا يستطيعون تأمين ثمن الدواء.

الطبيب والوقفات الإيمانية

أشرنا في غير موضعٍ عن أهمية الوقفات الإيمانية عند دراسة الطب وممارسته استجابةً للتساؤل القرآني: ﴿ وَفِيٓ أَنفُسِكُمۡۚ أَفَلَا تُبۡصِرُونَ ﴾ [الذاريات: 21]. يستثمر الطبيب المتميز معاني الإعجاز في خلق الإنسان ووظائف أعضائه وتغير ذلك في حال المرض في تقوية إيمانه بالله، وتوكله عليه في كل ما يقوم به من معالجات؛ قال تعالى: ﴿ إِنَّمَا يَخۡشَى ٱللَّهَ مِنۡ عِبَادِهِ ٱلۡعُلَمَٰٓؤُاْ ﴾ [فاطر: 28]، وليس هذا الأمر مقصورًا على الطبيب المسلم، فأهل الملل الأخرى يقرون بذلك، وجاء في الصفحة الأولى من كتاب المرجع الرئيس في الجراحة على لسان مؤلفه الجراح المسيحي: «أنا أقطع، والرب يبرئ» (I cut, God heal)، وهذا إقرارٌ واضحٌ بأن الشفاء من الله.

يقول الدكتور خالص جلبي في كتابه القيم الطب محراب الإيمان: «إن تركيب الإنسان بجوانبه المتعددة: التشريحية، والفيزيولوجية، والنسيجية، كلها تجعل المتأمل يخشع ويأخذه العجب لهذا التركيب الفذ الفريد، فالذي يعلم أن هناك ثلاثة عشر ألف مليون خلية عصبية؛ أي 13 مليار خلية عصبية. والخلية بحد ذاتها بناء محير مدهش، تعمل بشكلٍ دقيق محكم متناسق متعاون لتأدية الأغراض الحيوية والفكرية، والإنسان يدهش للرقم أولًا، ثم لكيفية عملها وترابطها وإبداعها، والذي يعلم أن هناك 750 مليون سنخ رئوي يعمل لتصفية الدم، وذلك بتمرير غاز الأكسجين من الخارج إلى الدم الأسود الوارد من البطين الأيمن من القلب وطرح غاز الفحم منه يأخذه العجب كل مأخذ، أولًا من عمل السنخ الواحد؛ لأن جداره رقيق، حيث يتألف من طبقتين من

الخلايا لا تكاد ترى بالعين المجردة، وهذه الملايين المجتمعة من الأسناخ تنقي الدم بشكل مستمر، وتقوم بهذا الجهد حيث تنضح الرئتان وسطيًّا نحو (500) مليون مرة في الحياة»، إلى أن يقول: «هذا كله على أساس القصد والتدبير والأحكام التي يغفل عنها كثير من أساتذة الطب والطبيب الممارس، أو يتجاهلونها. ومن غيرُ الطبيب يمكن أن يدرك كامل أبعاد قول الله عز وجل: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ فِىٓ أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ﴾ [التين: 4]. يدرس الإنسان كل ما يتعلق بالكون، ولكن الطبيب يختص بمفتاح هذا كله وهو الإنسان». يورد الدكتور جلبي نماذج عديدة لمعجزة جسم الإنسان بأعضائه في جزأين كبيرين من كتابه القيِّم الذي ننصح باقتنائه، ومن هذه النماذج توازن جسم الإنسان إذ يقول: «إن مشكلة التوازن مشكلة معقدة، وحتى الوقوف البسيط العادي يعد حركة عجيبة، فالمخيخ مركز القيادة في التوازن كأنه القبطان الذي يدير دفة السفينة في بحرٍ متلاطم الأمواج، أو كأنه القائد الذي يسير بالطائرة في جو مليء بالزوابع والعواصف والغيوم، ومن دون أن يحدث أي اضطراب يقوم المخيخ بإدارة دفة العمل بشكل منظم دقيق هادئ متزن»، ويستطرد: «وحتى يمكن للإنسان أن يتزن في أثناء الوقوف، والتمايل، والجلوس، والمشي، فإن عدة عناصر تشترك في إقرار هذا التوازن؛ وهي: العضلات والعظام، والمفاصل، والأعصاب التي تنقل الحس عبر النخاع الشوكي، والدهليز في الأذن الباطنية».

يختم الدكتور جلبي بأن: «العلم والطب هما من جملة محاريب الإيمان»، ويورد أقوال بعض العلماء الذين انتهى بهم علمهم إلى حقيقة الإيمان. يقول الدكتور وتز- عميد كلية الطب في باريس وعضو أكاديمية العلوم: «إذا أحسست

في حينٍ من الأحيان أن عقيدتي بالله قد تزعزعت وجهت وجهي إلى أكاديمية العلوم لتثبيتها». ويقول باسكال: «صنفان فقط من الناس يجوز أن نسميهم عقلاء: الذين يعرفون الله، والذين يجدّون في البحث عنه لأنهم لا يعرفونه»، ويقول العالم الشهير آينشتاين: «إن الإيمان بلا علم ليمشي مشية الأعرج، وإن العلم بلا إيمان ليتلمس تلمس الأعمى».

ويمضي موردًا قول ألبرت ماكوب ونشستر- أستاذ الأحياء بجامعة بايلور وعميد أكاديمية العلوم بفلوريدا: «إن اشتغالي بالعلوم قد دعم إيماني بالله حتى صار أشد قوة وأمتن أساسًا مما كان عليه من قبل، ليس من شك في أن العلوم تزيد الإنسان تبصرًا بقدرة الله وجلاله، وكلما اكتشف الإنسان جديدًا في دائرة بحثه ودراسته ازداد إيمانًا بالله»، ويختم بقول العالم الأشهر إسحاق نيوتن: «إن هذا التفرع في الكائنات وما فيها من ترتيب أجزائها ومقوماتها وتناسبها مع غيرها ومع الزمان والمكان لا يمكن أن تصدر إلا من حكيم عليم»[99].

الطبيب والهجرة خارج الوطن

تمثل هجرة الأطباء من الريف والمناطق النائية إلى المدينة المرحلة المهمة من عدم الرضا عن العمل في الوطن، وهي تمثل أيضًا المرحلة الأولى لما يسمى (هجرة العقول) (Brain Drain)، ولعل السؤال المهم هو: لماذا يجد الأطباء المدربون على المنهج الطبي التقليدي العمل في المناطق الريفية والنائية غير مرضٍ؟ أجاب فريق بحثي في الهند عن هذا السؤال، بالرغم

من هجرة السكان المتزايدة من الأرياف إلى المدن في أغلب بلادنا، فإن السكان – غالبيتهم – ما زالوا يعيشون في الريف، يجد الطبيب نفسه غير مهيأ للعمل هناك؛ لأن تدريبه لم يتضمن الخروج إلى الريف وكان التركيز فيه على المستشفيات الجامعية بتقنياتها المعقدة، وفجأة يجد الطبيب نفسه بمستشفى ريفي بسيط أو مركز صحي ليس في المستوى الذي تدرب عليه، ويجد نفسه في خضم عمل أكبر من طاقته لكثرة المراجعين، أضف إلى ذلك كله قلة المرافق العامة في الأرياف للعمل والعيش الكريم، ففي كثير من أرياف بلداننا لا توجد المدارس التي ترضي طموح هؤلاء الأطباء لتعليم أبنائهم.

أول ما يفكر فيه هذا الطبيب الرحيل إلى المدينة حيث اعتاد على الحياة هناك، ولكن ما إن ينتقل إلى هناك حتى يواجه بمشكلة أخرى وهي ازدحام المدينة بالأطباء وصعوبة المنافسة مع الآخرين، لا سيما إذا اختار العمل الخاص الذي يستحوذ عليه كبار الأطباء، وهنا يسقط في يد الطبيب ولا يجد مناصًا من التفكير في الهجرة خارج الوطن.

ولكسر هذه الدائرة المفرغة يجب التركيز على حل المشكلة الأولى، وهي الهجرة من الريف إلى المدينة، ولا يتحقق ذلك إلا بأمرين: إصلاح مناهج التعليم الطبي ليكون جزءًا من تدريب الطبيب في الريف والمناطق النائية على المناهج ذات التوجه المجتمعي (curricula community oriented)، وهو ما تبنته كثير من كليات الطب في يومنا هذا. والأمر الآخر هو تحقيق التنمية في الريف بحيث تصبح جاذبة للأطباء وغيرهم، وهذا الأمر يبدو عصيًّا في

كثير من بلادنا، وبالطبع ليس للطبيب يد فيه إلا المرافعة عن المهمشين وحشد الدعم لهم.

الطبيب المنتمي إلى مجتمعه يدرك أن في العمل في الأرياف خبرة ورضًا وخدمة للمجتمعات الفقيرة، بل إن فيه أجرًا كبيرًا للذين يخشون الله في أهليهم الضعفاء، وبين أيدينا نموذج قابلة القرية في السودان التي لا تترك قريتها مهما كانت الإغراءات؛ لأن تدريبها هيأها لخدمة الناس - أينما كانوا - وانتظار الأجر من الله. ففي إحدى زياراتي لمنطقة نائية بالسودان التقيت قابلة القرية التي تعمل في وضع لا تحسد عليه، وسألتها إن كانت ترغب في راتب مقطوع من الدولة أو تفضل الخيار الذي دربت عليه؛ أن ترضى بما يجود به أهلها الفقراء في القرية، فكانت إجابتها سريعة وحاسمة أنها تفضل خيار ما يأتيها من مجتمعها مهما قل أو كثر، وسألتها لماذا؟ فكان الرد: «أجر الله (أخير) من الفلوس»؛ تعني الأجر من الله أفضل من انتظار المال ولا سيما من الفقراء، فقلت: «من أين أتيت بهذا الكلام؟»، فقالت: «ست بتول قالت أجر الله أخير من الفلوس»، ولما سألت إن كانت ست بتول هي التي دربتها قالت لا، ولكن من دربتها قالت ذلك عن ست بتول، فذهبت لمن درستها في أقرب مدرسة لتدريب القابلات، ووجهت السؤال نفسه فكانت الإجابة: «ست بتول لم تدربني، ولكن من دربتني قالت هذا».

انظر عزيزي القارئ إلى تواتر القيم الإنسانية الذي يسري في الأجيال من منبع نبيل، فهل يا ترى تدريب الأطباء يهيئهم لمثل هذا أم يكرس تطلعاتهم الشخصية؟ وربما يكون الأطباء الملتزمون بالعمل في أي بقعة من أوطانهم

أدوات ضغط على السياسيين، أو يكونون رسلًا لتوعية سكان الريف بحقوقهم كافة، وأهمها الحق في الصحة وتوفير الخدمات الصحية الملائمة. إنني لأتمنى أن يأتي اليوم الذي أرى فيه اهتمامًا بأهل الريف والبادية؛ فهم الزراع والرعاة والعمال المنتجون الذين يحرسون حدود الأوطان ويطعمون أهل المدن الذين يستأثرون بثروات البلاد. ولا شك في أن ذلك من أوجب واجبات الساسة ذوي الضمائر.

خاتمة

وبعد أيها القارئ الكريم، فهذا كتاب دعونا فيه إلى طب منتمٍ ومتميز، وإلى أطباء متميزين ومنتمين إلى أهلهم ومجتمعاتهم، همهم الأول إتقان تدبير الشائع من المشكلات الصحية والأمراض، ونشر ثقافة الوقاية وتعزيز الصحة. لا ينتقص ذلك كله من مواكبتهم لما يجري في العالم من تقدم في الطب، ومن تحول في إبيدمولوجية الأمراض نتيجة الحركة المتسارعة للناس والكائنات، وكذلك سرعة انتقال مسببات المرض التي لا تستأذن أحدًا في عبور الحدود، فها نحن – وحين كتابة هذه السطور– نشهد هول وباء أيبولا القاتل الذي انتقل بانتقال البشر من غرب إفريقيا إلى أغلب قارات العالم في بضعة أيام، فملأ العالم رعبًا وذعرًا.

أكدنا أهمية أن يستوعب الطبيب رؤية الطب القديم والحديث ورسالتهما وهدفهما؛ (حفظ الصحة إذا كانت موجودة، وردها إذا كانت مفقودة)، وتقديم حفظ الصحة على مداواة المرض يتطلب مواجهة تحدي تحويل الحاجة الحقيقية إلى الوقاية إلى حاجة ملحة كما هي الحاجة إلى الطب العلاجي،

ولعمري فهذا من أعظم التحديات، وإنا لنرجو أن يتصدى لذلك الأطباء المتميزون بالبحث والتجريب.

كان من رسالة هذا الكتاب الدعوة إلى القيم التي غرسها المتقدمون من أطباء بلادنا والتزموها، وكانوا قادة الطب في العالم حينها، كان الطب عند هؤلاء رسالة أخلاقية إنسانية؛ ولذا اهتموا بالمساكين ومارسوا ما يمكن أن يسمى (طب الفقراء)، فأدوا الأمانة وبلغوا الرسالة وأُتمَنونا عليها، فلنؤدها كما أدوها إخلاصًا واحتسابًا؛ إذ نالوا بذلك الذكر الحسن والسيرة العطرة وخلدوا في التاريخ.

دعونا إلى ثقافة الإحسان والإتقان في العمل الطبي، وهي قيم من صميم ثوابتنا وأخلاقنا وإن عرفها العالم اليوم بمسميات المهنية والاحترافية، وجوهرها عندي مراقبة الله الذي لا تغيب عنه خائنة الأعين وما تخفي الصدور، وهذا أكبر تحدٍّ للقدوات والمناهج؛ فهي التي تغرس القيم والتوقعات النبيلة وخدمة الناس.

إنني أدعو قارئي العزيز إلى إعادة قراءة ما ورد في الفصل السادس من إفادات عن كيفية اكتساب الطبيب صفة التمكن والتميز، ففيها قصص وعبر وتأمل. ما أحوج الطبيب الحاذق للتأمل! ليس فقط في المرض وأحوال المرضى، ولكن أيضًا في خلق الإنسان الذي أحسن الله تصويره في أحسن تقويم، ما أحوج الطبيب إلى وقفات إيمانية وتفكر في آيات الله في فسيولوجية ابن آدم! التفكر في خلق الإنسان فرصة للطبيب أكثر من غيره من المهن؛ لأن

الإنسان هو أعقد وأكمل مخلوق، ولأنه أهم المخلوقات على وجه الأرض، ولأنه صاحب رسالة يجب أن يؤديها بأحسن ما يستطيع.

أذكر أنني قرأت نصًّا لأستاذ في تخصص المخ والأعصاب، يقول فيه: «إن إمكانية الحركة اللامحدودة في العمود الفقري للإنسان لا يمكن أن تشبهها آلة أو روبوت من صنع الإنسان»، أليس هذا مصداق للدعوة الإلهية ﴿وَفِيٓ أَنفُسِكُمۡۚ أَفَلَا تُبۡصِرُونَ﴾ [الذاريات: 21]؟ وبهذا يكون الطب محرابًا للإيمان. إن غاية ما أصبو إليه من وضع هذا الكتاب هي أن يتعمق القارئ الطبيب فيما طرحت من جدارات ومهارات، ولا يكون ذلك إلا بمداومة العلم والعمل، لن يكون الطبيب حاذقًا متمكنًا إذا لم يتقن تلك المهارات وهي التي تجعل منه شخصًا مختلفًا عن الآخرين، وإني لأرجو ألا يستصعب الطبيب اكتساب هذه المهارات وإتقانها، وأظن إنه لمحققها إذا فكر بعقلية الممكن؛ فنحن نحرز النجاح إذا فكرنا بعقلية الممكن ونفشل حين نفكر بعقلية المستحيل، وليتذكر الطبيب أن التوفيق من الله، وشرطه النية والثقة واليقين بالإجابة، و﴿إِنَّ ٱللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوۡمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُواْ مَا بِأَنفُسِهِمۡۗ﴾ [الرعد: 11].

ذكرنا أن الأطباء - غالبيتهم - لا يمارسون الوقاية مع العلاج؛ بدعوى أن ذلك شأن اختصاصي الوقاية، وبعضهم يرى أن ليس لدى الطبيب وقت، إذ المطلوب منه رؤية أعداد كبيرة من المرضى يوميًّا، وفي رأيي أن التبريرين كليهما غير صحيحين، وأن السبب الحقيقي لعدم ممارسة الوقاية وتثقيف المريض هو عدم تدربهم على مهارات الوقاية. إن الاتجاه الحديث في الطب هو تعزيز الصحة بشتى الوسائل، وإتقان تدبير عوامل خطورة الأمراض لمنع

حدوث المرض أو تأجيل مضاعفاته، لا سيما في الأمراض المزمنة مثل: السكري، وارتفاع ضغط الدم، وغيرها، وإذا نجح الطبيب في تدبير عوامل الخطورة قبل وقوع المرض فإن لذلك آثارًا حميدة. انظر إلى مرض السكري - مثلًا - ومحاولة الوقاية منه بتدبير عوامل الخطورة، إن ذلك يمنع حدوث مضاعفاته الخطيرة في تدهور وظائف الكلى والجهاز العصبي أو يؤخره، وكذلك الوقاية من اضمحلال النظر. إن التدبير المبكر للأمراض المزمنة سيقلل حالات الفشل الكلوي المكلفة للمريض والمؤسسات الصحية.

أعطينا حيزًا مقدرًا لمهارات التواصل؛ فمن دون هذه المهارات لا يستطيع الطبيب ممارسة الوقاية وتعزيز الصحة ولولاها لما استطاع أن يطمئن المريض أو ينقل الأخبار غير السارة له. إني لأرجو أن يتأمل القارئ الكريم فيما كتبت عن المهارات الأخرى، وأن يسعى إلى اكتسابها وإتقانها، فإن ذلك يساعده كثيرًا على أداء عمله بمهنية، وإتقان هذه المهارات يدعم السيرة الذاتية للطبيب فيجعله مرغوبًا فيه عند التقديم للوظيفة.

لقد استفضنا في سرد واجبات الطبيب المتميز وحقوقه؛ ذلك أن هذه الحقوق والواجبات لا تلقى اهتمامًا كبيرًا في مناهج كثير من كليات الطب بالرغم من أهميتها. لعل الطبيب صاحب الضمير الحي يفكر كم من هذه الواجبات يؤدي في ممارسته اليومية، ولعل إثباتها في الكتاب يذكره بواجب التزامها، والأمر نفسه ينطبق على الحقوق التي يجب أن يسعى الطبيب إلى الحصول عليها بشتى الوسائل المشروعة.

ذكرنا في المقدمة أن الكتاب يحتمل إضافة فصول أخرى ذات علاقة، ولكن الحرص على ألا يظل الكتاب مفتوحًا حملنا على تحديد عدد صفحاته، وبالرغم من ذلك - وفي هذه الخاتمة - كان لزامًا أن نشير إلى موضوعين مهمين من غير تفصيل، أحدهما أن الطبيب المتميز والمنتمي لا بد أن يوظف عادات الناس الحميدة ومعتقداتهم في الممارسة الطبية، ويمكن تقسيم العادات في أي مجتمع إلى: حميدة وغير حميدة، أو ضارة ونافعة، وعادات لا ضارة ولا نافعة. الطبيب المتمكن يستثمر في العادات النافعة ويشجعها سواء كانت ممارسات أو أمثالًا، ويحاول - بلطف وحذر - أن يحمل المرضى والأصحاء على اجتناب العادات الضارة. نقول بلطف وحذر؛ لأن العادات المتأصلة في المجتمع يصعب شجبها أو التخلص منها بسهولة مهما كان مستوى تعليم المجتمع، وما مثال ختان الإناث ببعيد عنا، فهذه العادة الضارة قديمة وعمرها آلاف السنين واسمها يدل على ذلك الختان الفرعوني، ولم يُجْدِ أسلوب الشجب والأمر والنهي في اقتلاع هذه العادة ولا وضع القوانين المحرمة لها، ولو كان هناك تدرج في التعامل معها لما ظلت ممارسة بصورة واسعة في مجتمعاتنا إلى اليوم.

أما المعتقد الديني للمجتمع فيمكن استثماره بشتى الوسائل، ولعل منظمة الصحة العالمية قد فطنت إلى ذلك حين أضافت إلى تعريف الصحة البعد الروحي. وفي الديانات السماوية كلها إشارات تتعلق بصحة الإنسان، ويمكن الإفادة منها، فعلى الطبيب المتمكن في المجتمع المسلم الاستثمار في الهدي الإسلامي في الصحة الذي جعل الصحة من الأولويات، «من بات آمنًا في سربه

معافًى في بدنه يملك قوت يومه فكأنما حيزت له الدنيا»، و«ليس بعد اليقين خير من العافية». حث الهدى الإسلامي على الوسطية في الأمور كلها بما في ذلك الصحة، ففي التغذية مثلًا: ﴿وَكُلُوا۟ وَٱشْرَبُوا۟ وَلَا تُسْرِفُوٓا۟﴾ [الأعراف: 31]. وقد اهتم الهدي الإسلامي بالوقاية أكثر من العلاج؛ لأن قواعد الطب الوقائي ثابتة وصالحة لكل زمان ومكان، بينما الطب العلاجي يتغير بالاجتهادات والاكتشافات والتقنيات.

ومما يجعل الهدي الإسلامي مادة عظيمة النفع في أمور الصحة أنه شامل؛ فهناك هدي في النظافة العامة والشخصية «الطهور شطر الإيمان»*، وهدي في صحة البيئة، وفي اللياقة البدنية، وفي الصحة النفسية؛ إذ يمنع أسباب التوتر والقلق، وهدي في منع العدوى «إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها، وإذا وقع بأرض وأنتم فيها فلا تخرجوا منها»**، وقد عُد هذا الهدي أول إشارة إلى الحجر الصحي. وتدخل الصحة الجنسية وصحة الأمومة والطفولة في الهدي الإسلامي، انظر إلى الحث على الرضاعة الطبيعية الذي أتى في آيات ثلاث ﴿وَٱلْوَٰلِدَٰتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَٰدَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ ۖ لِمَنْ أَرَادَ أَن يُتِمَّ ٱلرَّضَاعَةَ ۚ﴾ [البقرة: 233]. إن الهدي الإسلامي في الصحة تربية صحية، وعلى الطبيب المنتمي أن يفيد منها، ولربما يدرك الطبيب أن استخدام الهدي الديني أكثر فاعلية من كثير من وسائل التثقيف الصحي وتعزيز الصحة، ولعل أعظم القواعد في التغيير الإيجابي في الصحة على مستوى الفرد والجماعة هو الآية الكريمة: ﴿إِنَّ ٱللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا۟ مَا بِأَنفُسِهِمْ ۗ﴾ [الرعد: 11].

* أخرجه مسلم (223).

** أخرجه البخاري (رقم5728) مسلم (رقم2218).

الأمر الآخر الذي نرى أن نشير إليه في هذه الخاتمة دون تفصيل هو عمل الطبيب في القطاع الخاص؛ لأنه مشوبٌ بما يمكن أن يخرج الطبيب من دائرتي المهنية والأخلاق الطبية الحميدة، وذكرنا في ثنايا الكتاب أن المهنة النبيلة يجب ألا تتحول إلى تجارة ومضخة للمال، وليتق الطبيب في الممارسة الطبية الخاصة، ليتق الله في المرضى وفي مهنته.

لو تأملت يا قارئي الكريم في قائمة المراجع لهذا الكتاب لأدركت أن غالبيتها أجنبية؛ وذلك لقلة مثل هذه الكتابة باللغة العربية، وهذا نقص وقصور حاولنا التصدي له، وإني لأرجو أن يكون الكتاب محرضًا لإخواني وزملائي ليكتبوا؛ ليثروا المكتبة الطبية العربية بعلمهم وخبرتهم.

وبعد، فلم أجد ما أختم به هذا الكتاب أفضل من أمنية كارول بيلامي؛ المدير العام الأسبق لمنظمة اليونسيف؛ إذ تمنت:

«أن يأتي اليوم الذي تقاس فيه الأمم، ليس بقوتها العسكرية أو الاقتصادية، أو ببهاء عواصمها أو مبانيها، ولكن برفاه أهلها بمستواهم الغذائي والصحي والتعليمي، وبفرصهم في كسب عائد مجزٍ لعملهم، بمقدرتهم على المشاركة في اتخاذ القرارات التي تتعلق بحياتهم وتؤثر فيها، باحترام حقوقهم المدنية وحريتهم السياسية، بما يقدم للفئات المعرضة للأخطار والمحرومين، وبالحفاظ على عقول النشء وأجسامهم».

والحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات.

مراجع الكتاب

1. التجاني الماحي، **مقدمة في تاريخ الطب العربي**، الناشر: مطبعة مصر، يناير 1959.

2. منى أبو زيد، الخرطوم تقرأ، موقع سودانايل، نوفمبر 2011. www.sudanile.com/index.php/

3. Ileena del Rosario, Fernandez Sacasus & Francisco Garcia. Cuban Medical Education: Aiming for the Six-Star Doctor. MEDICC Review, 2008, Vol. 10, No. 4.

4. أبوبكر، محمد بن زكريا الرازي. **أخلاق الطبيب: رسالة الرازي إلى بعض تلاميذه**، تحقيق الدكتور عبد اللطيف محمد العبد، الناشر: مكتبة دار التراث، الطبعة الأولى 1977م.

5. WHO, The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, Nov. 1986.

6. Court SDM. Fit for the Future. The Report of the Committee on Child Health Service. London: HMSO, 1976.

7. عبد الرحمن البلوشي، **عصر الشمولية قديمًا وحديثًا**. موقع مشروع النهضة، 2012. www.4nahda.com/article/1166

8. Usfun & Jakob. Re-defining of Health Bulletin of the World Health Organization, 2005, 83: 802.

9. What is Wellness: http://www/ndsu.edu.wellness/wellness_education_services/seven_dimensions_of_wellness

10. يوسف بن إسماعيل (ابن الكتبي)، **ما لا يسع الطبيب جهله**، 1353م، موقع www.wdl.org/ar/item/4328

11. **ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية**، اتحاد الأطباء العرب، 2005م.

12. Tom L. Beauchamp & James F. Childress: Principles of Biomedical Ethics, 6th Edition, OUP USA, Oxford University Press, 2008.

13. أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم ابن منظور، **لسان العرب**، المجلد الثالث عشر، المكتبة الفيصلية، دار صادر- بيروت، الصفحات 424 و 425.

14. American Board of Internal Medicine (ABIM): Project Professionalism; Promoting Excellence in Health Care, 7th Edition, 2001. www.abim.org

15. Rupesh J. Parki. Treating the Patinet, Not Just the Disease www.cccnevada.com/wp-content/uploads/CCCN_treating_the patient_.pdf

16. Doctors in Society. Medical Professionalism in a Changing World. Working Party of the Royal College of Physicians. Clin Med 2005, Nov-Dec; 5(6 suppl1): 55-40.

17. General Medical Council. The Duties of a Doctor Registered with the General Medical Council. www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/duties_of_a_doctor.asp

18. Roger Collier. Professionalism:The "Good Doctor" Discussion. CMAJ, July 2012, Vol 184, No. 10.

19. Wayne Kondro. Medical Errors Increasing Because of Complexity of Care. CMAJ.

20. Richard Cruise. From a lecture by him in Makel University, Montreal, Canada. (Undated)

21. Abdulla M. Al-Rubaish. Professionalism Today. J. Fam Community Med. 2010;17 (1) P. 1-2.

22. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Project of the ABIM Foundation & European Federation of Internal Medicine. Ann InternMed 2002; 136(3): 243-246.

23. Hilton S. Medical Professionalism: How Can We Encourage It in Our Students. The Clin Tech, 2004; 1:69-73.

24. علي بن عيسى ابن ماهان، 810م في: ابن الأثير، **الكامل في التاريخ**، دار صادر- بيروت، 1965م.

25. Boelen C, Heck J. Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools. Geneva: World Health Organization, 1995. (http://whqlibdoc-who.int/hq/1995/who_hrh_957.fre.pdf)

26. Charles Boelen & Bob Woolard. Social Accountability and Accreditation: A New Frontier for Educational Institutions. Medical Education 2009; 43: 887-894.

27. WHO. Universal health coverage.www.who.int/universal_health_ coverag

28. Editorial. What's a Good Doctor, and How Can You Make One? BMJ 2002; 325:667.

29. Paul Root Wolpe. What Is A Good Doctor and How Do You Make One? We Are Trying to Make Doctors Too Good. BMJ. 2002; 325 (7366): 711.

30. Magdelin A. Elgizouli-in: What's A Good Doctor and How Can You Make One? BMJ 2002; 325:668.

31. أبقراط. موقع القاموس الطبي www.altibbi.com مصطلحات طبية/ تاريخ الطب/ أبقراط

32. Arthur S. Lloyd, Paulo Freiri. Conscientization and Adult Education.Adult Education Quarterly, Sept 1972, Vol 23, No. 1, 3-20.

33. **ميثاق أتوا لتعزيز الصحة**، أتوا، كندا، منظمة الصحة العالمية، نوفمبر 1986.

34. زهير السباعي، **الرعاية الصحية: نظرة مستقبلية**، الدار السعودية للنشر والتوزيع، 2011م.

35. Anthony Vuturo. A Perspective on Wellness: A Physician's Prescription for Enhanced Patient Care. Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences, 2013, Vol. 1, Issue 1, PP 20-24.

36. Don Nutbeam. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. Health Promotion International, 200, Vol 15, Issue 3, PP 259-267.

37. **توصيات المؤتمر السعودي الأول والخليجي الرابع لتعزيز الصحة، واللقاء العلمي التاسع للجمعية السعودية لطب الأسرة والمجتمع**، جدة، 15 مارس 2010م.

38. Ronald M Epstein, Edward M Hundert. Defining and Assessing Professional Competence. JAMA, 2002; Vol 2087, Issue 2, PP 226- 235.

39. Richard B. Gunderman. Achieving Excellence in Medical Education. Springer 2006.

40. الريس، فايزة محمد عباس، **الأسس العلمية للاستشارة الطبية: تحليلات .. تدريبات**، الطبعة الأولى، مطابع السروات، جدة، المملكة العربية السعودية، 2000.

41. حسن بلّه الأمين، **أطباء السودان الحفاة: قصة نجاح بهرت العالم**، دار جامعة الخرطوم للنشر، 2012، صفحة 150.

42. Carlson, RJ. The End of Medicine. Wiley, 1975.

43. Reamer L. Bushardt, et al. Polypharmacy: Misleading But Manageable. Clinical Interventions in Aging. Dove Press (Year___).

44. بريفولت. **بناء الإنسانية**، (من دون تاريخ) في موقع: المسلمون في الأندلس
www.plus.google.com/110884408499831513622/posts/4vzk7

45. David Werner. Helping Health Workers Lerarn. Hisperian Foundation. 1980.

46. Gregg K. Vanekieft. Breaking Bad News. American Family Physician, 2001, Vol. 64, No. 12, P. 1975.

47. Salander P. Bad News from the Patient Perspective: An Analysis of the Written Narratives of New-Diagnosed Cancer Patients. SocSciMed, 2002, 55: 721-732.

48. Ley P. Giving Information to Patients. In: Eiser JR ed. Social Psychology and Behavioral Medicine. New York: Wiley, 1982: 353.

49. Michael W. Rabow, Stephen J. McPhee. Beyond Breaking Bad News: How to Help Patients Who Suffer. West J Med, 1999; 171:260-3.

50. وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية، **أخلاقيات المهنة الصحية**، الجزء الثاني، 1434/1434
(http://www.moh.gov.sa/depts/patients/pages/doc.aspx)

51. Ruth Collines – Nakai. Leadership in Medicine. McGill J. Med. Jan 2006; 9(1): 68-73.

52. Sally Sheard. The Passionate Economist: How Brian Abel Smith Shaped Global Health and Social Welfare. Policy Press 2013.

53. Jill Geisler. 10 Key Skills Today's Leaders Need to Succeed in 2013. (www.poynter.org/how-tos/leadership_management)

54. Edward Chalmers. 6 Top Leadership Skills. Ask Men. (www.uk.askmen.com/money/successful_100/116_success_html)

55. Stephen Covy. 7 Habits of Highly Effective People: Powerful Lessons in Personal Change. Simon Schuster (1989): 52.

56. JM Kouzes, BZ Posner. The Leadership Challenge. Vol. 3, Joh Wiley & Sons, 2006.

57. MH Shamos. The Myth. Books.Google.com. 1995.

58. Patrick Lencioni. The Five Dysfunctions of a Team. 2002, Josey- Bass.

59. Marcus Buckingham & Curt Coffman. First Break All the Rules. Simon & Schuster. May 1999.

60. منة الله مجدي محمد، **مهارات حل المشكلات واتخاذ القرارات**، جامعة المدينة العالمية، شاه علم، ماليزيا (من دون تاريخ)

61. Barrow, H.S. et al. Problem-Based Learning: An Approach to Medical Education. New York: Springer, 1980.

62. Feightner et al. Solving Problems: How Does the Family Physician Do It? Can. Fam. Pract. 1977, 23: 67-71.

63. Edwardo Salas et al. Can Teamwork Enhance patient Safety? Forum, July 2003, Vol 223, No. 3, P 5.

64. Heidi Groff. Teamwork Failures Noted in Malpractice Claims. Forum, July 2003, Vol 23, No. 3, Page 3.

65. WHO. Learning Together to Work Together for Health. WHO Technical Report Series. 769, 1988.

66. Easy Time Management. NHS Choices. Available at www.nhs.uk/conditions/ stress_anxiety_depression/pages/ time-management

67. مفاتيح **النجاح في إدارة الوقت**، في موقع البداية 2012/11/14.
www.albedaya-algadida.com/page/index6182

68. Howard Brody. The Company We Keep: Why Physicians Should Refuse to See Pharmaceutical Representatives? Ann Fam Med. Jan 1, 2005, Vol 3, No. 1: 82-85.

69. الإمام برهان الإسلام الزرنوجي، **كتاب تعليم المتعلم طريق التعلم**، تحقيق الدكتور محمد عبدالقادر أحمد، مكتبة النهضة المصرية – القاهرة، 1986م.

70. زهير أحمد السباعي، **تعليمنا إلى أين؟ رسالة إلى الأمة العربية**، الناشر: العبيكان 1428هـ/ 2007م.

71. **دراسات في مكانة الأستاذ في التراث**، جامعة بغداد، مركز إحياء التراث العلمي العربي، 1989م. مطبعة التعليم العالي في الموصل، صفحة 40.

72. .Editorial. Physicians and the social media.Hassan Bella

73. **دليل المعلم في المكتبة والبحث**، وزارة التعليم، المملكة العربية السعودية (من دون تاريخ)

74. جورجي زيدان، تاريخ آداب اللغة العربية، الجزء الرابع، صفحات 41 و42، الناشر غير مذكور

75. زهير أحمد السباعي، تجربتي في **تعليم الطب باللغة العربية**، نادي المنطقة الشرقية الأدبي بالدمام، 1996م.

76. General Medical Council. The Duties of a Doctor Registered with the General Medical Council. Available at: www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_ practice/duties_of_a_ doctor

77. **الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية**، جامعة منيسوتا، مكتبة حقوق الإنسان، موقع
www.umu.edu/humanrts/arabic/Islamic-Code-Ethics-Cover-2002.htm

78. الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، **واجبات الطبيب**، نوزملائه. 2003. موقع
www.alyaum.com/article/1100196
www.medical-ethics-arabic.blogspot.com/2008/12/2.html

79. The Johns Hopkins Hospital. Patients' Bill of Rights and Responsibilities. Available at: www.hopkinsmedicine.org/community_physicians/ patient_ information/patient

80. سيسلي وليامز في: حسن بلّه الأمين، **أطباء السودان الحفاة**، دار النشر: جامعة الخرطوم، 2012، صفحة 32.

81. مركز الفتوى، إسلام ويب، **حكم تعلم المرأة الطب**، وهل تؤجر على ما تقدمه من خير كالرجل؟ 2010/12/25م موقع:
www.fatwa.islamweb.net/fatwa/index php?page=showfatwa&option

82. Isobel Allen. Women doctors and their career: What now? BMJ 2005:331;569

83. Bickel, Janet MA et al. Increasing women leadership in academic medicine. Academic Medicine, October 2002, vol 77 – issue 10, p 1043 -10

84. Judith A Hall & Debrah Roter. Do patients talk differently to male and female physicians? Ameta-analytic review. Patient Education & Counseling. Vol 48, Issue 3, Dec 2002, p 217

85. Judith A Hall. Et al. Liking in the physician_patient relationship. Patient Education & Counseling. Vol 48, Issue 5m Sept 2002, p 69-77

86. Malik Badri. The Dilemma of Muslim Psychologists.

87. أحمد الصافي، **الحكيم**، شركة مطابع السودان للعملة المحدودة، 2013.

88. محمد بن عبدالله المفرح، **طب المشعوذين**، الطبعة الأولى، الرياض، 2016م.

89. ابن خلدون، **تاريخ ابن خلدون**، دار الفكر- بيروت، ط 1988م.

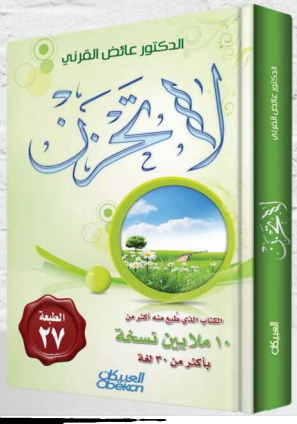
90. خالص جلبي، **الطب محراب الإيمان**، مؤسسة الرسالة- بيروت، 1981م، صفحة 257.

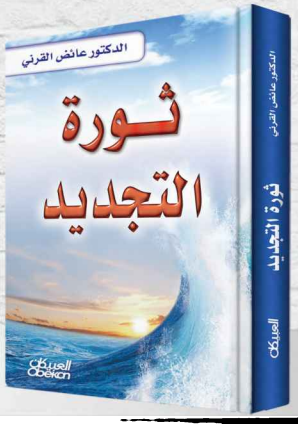
العبيكان للنشر Obeikan Publishing

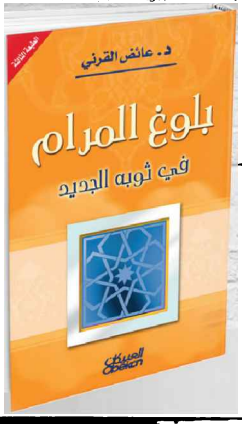
إحدى شركات

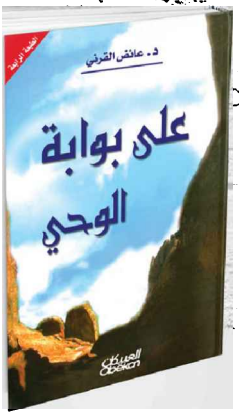
العبيكان للاستثمار Obeikan Investment Group

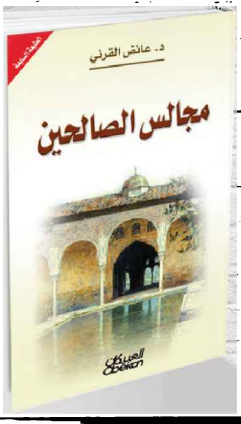
من كتب الدكتور عائض القرني











Follow Us

obeikn reader

obeikanpub

obeikanstores

متجرنا على

وادي wadi

كتبنا الإلكترونية

Google Play

amazon kindle

كتبنا الصوتية

Kitab Sawti
www.kitabsawti.com

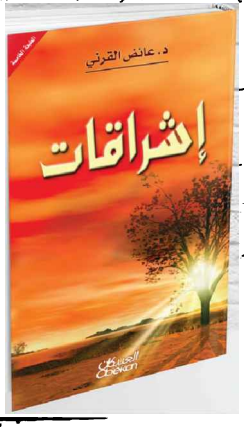
دار ضاد للنشر الإلكتروني
Dhad Audio Publishing
WWW.DHAD.SA

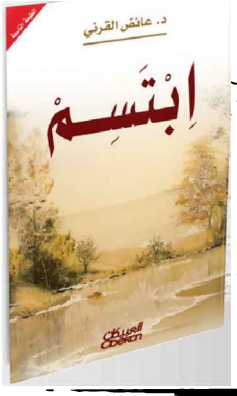
العبيكان للنشر Obeikan Publishing

إحدى شركات

العبيكان للاستثمار Obeikan Investment Group

من كتب الدكتور عائض القرني





Follow Us

obeikn reader

obeikanpub

obeikanstores

متجرنا على

وادي wadi

كتبنا الإلكترونية

Google Play

amazonkindle

كتبنا الصوتية

Kitab Sawti
www.kitabsawti.com

دار ضاد للنشر الإلكتروني
Dhad Audio Publishing
WWW.DHAD.SA

العبيكان للنشر Obeikan Publishing

إحدى شركات

العبيكان للاستثمار Obeikan Investment Group

من كتب الدكتور عائض القرني

كتبنا الصوتية

Kitab Sawti
www.kitabsawti.com

دار ضاد للنشر الإلكتروني
Dhad Audio Publishing
WWW.DHAD.SA

كتبنا الإلكترونية

Google Play
amazon kindle

متجرنا على

وادي wadi

Follow Us

obeikn reader
obeikanpub

obeikanstores

العبيكان للنشر Obeikan Publishing

إحدى شركات

العبيكان للاستثمار Obeikan Investment Group

من كتب الدكتور عائض القرني

Follow Us

obeikn reader

obeikanpub

obeikanstores

متجرنا على

وادي wadi

كتبنا الإلكترونية

Google Play

amazon kindle

كتبنا الصوتية

Kitab Sawti
www.kitabsawti.com

دار ضاد للنشر الإلكتروني
Dhad Audio Publishing
WWW.DHAD.SA

العبيكان للنشر
Obeikan
Publishing

إحدى شركات

العبيكان للاستثمار
Obeikan
Investment Group

من كتب الدكتور عائض القرني

Follow Us
obeikn reader
obeikanpub
obeikanstores

متجرنا على
وادي wadi

كتبنا الإلكترونية
Google Play
amazon kindle

كتبنا الصوتية
Kitab Sawti
www.kitabsawti.com
دار ضاد للنشر الإلكتروني
Dhad Audio Publishing
WWW.DHAD.SA

العبيكان للنشر
Obeikan
Publishing

إحدى شركات

العبيكان للاستثمار
Obeikan
Investment Group

من كتب الدكتور عائض القرني

كتبنا الصوتية

Kitab Sawti
www.kitabsawti.com

دار ضاد للنشر الإلكتروني
Dhad Audio Publishing
WWW.DHAD.SA

كتبنا الإلكترونية

Google Play
amazon kindle

متجرنا على

وادي
wadi

Follow Us

obeikn reader
obeikanpub

obeikanstores