

الفصل الخامس المسؤولية المجتمعية للطب والأطباء

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

ابتدنا الفصل الفأئت 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 جزءاً



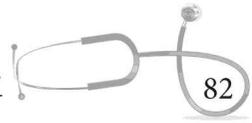
مهمًا في الاعتماد الأكاديمي لهذه المؤسسات. وهناك قناعة لدى المهنيين بأن التميز في المهنة لا يتأتى إلا للمؤسسات التعليمية التي ينعكس ما يجري فيها على أحوال الناس وعافيتهم، وثمة اتفاق على أن درجة التميز يجب ألا تنالها إلا الكليات الصحية التي تسعى إلى تغيير مجتمعي إيجابي. وقد ذكرنا - في غير موضع - أن قضية 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 تكس 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 حقًا أساسيًا من حقوق الإنسان في كل مكان. بانتشار ظاهرة كليات



الطب والمستشفيات الخاصة في العواصم والمدن تركز 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 خطاباً 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 متطبيين وخزانة من الأدوية والأشربة يطوفون في السواد، ويقومون في كل صقع منه مدة تدعو الحاجة إلى مقامهم، ويعالجون من فيه، ثم ينتقلون إلى غيره»، ففعل سنان ذلك²⁵. هذا شأن السلف في الاهتمام بصحة من في الأرياف والمناطق النائية، فأين نحن منهم اليوم وقد توافر لدينا من الإمكانيات ما لم يتوافر لهم؟

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



الصحية في الولايات المتحدة مدير شركة جنرال موتورز العملاقة (GM) إلى أن يصيح غاضباً؛ 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 ملياً 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 جبرائيل مسترال الحائزة على جائزة نوبل حين قالت:

«إن ذنوبنا وأخطاءنا لشتى
ولكن ذنوبنا 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»

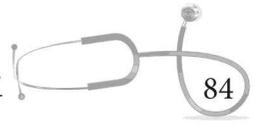
هذه ترجمتي المتواضعة للنص الإنجليزي للأبيات، وليتني اجتهدت
فصغتها شعراً عربياً. وفي تراثنا الشعري لا يقابل هذه البلاغة في الدفاع عن
الأطفال سوى قول المعري في وصفه موت الأطفال غير المبرر:

قدمنا والقوابلُ ضاحكاتٍ ورحنا والمدامعُ ينسكبينه

وأعمار الذين مضوا صغاراً كأثوابٍ بليّن وما لبسنه

والنساء أولوية، فهن يشكلن نصف سكان العالم، ويقمن بثلاث 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 تعليماً طبياً 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 جزءاً 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. وفقاً 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 هي²⁷:

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

لا يكتمل الحديث عن المسؤولية المجتمعية للطب والأطباء والمؤسسات التعليمية الصحية دون التعرض لقضايا الصحة التي تهتم 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 والناحية.
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 جزءاً من الوفاء بالمسؤولية المجتمعية. ولا بد أيضاً للمؤسسات التعليمية الصحية لا سيما كليات الطب أن تؤثر بصورة رئيسة في التحديات المذكورة، فللوفاء بالمسؤولية المجتمعية للطب والأطباء، يتعين 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 وقتاً 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 أيضاً 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 لتشبيد 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، وتقييم وزناً 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، غنيًا 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 الإمكانيات 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 تعظ بغيره، وإن مجرد الصرف على الخدمات - مهما كبر - لا يعني كثيرًا إذا لم توجه الإمكانيات 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.ماهر- 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 احتياجاً إلى الخدمات على أقل نصيب منها، والعكس.
 “Those who need it most, get it least; and those who need it least, get it most.”

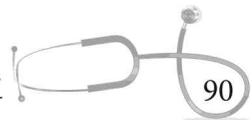
كيف نحقق الوفاء بالمسؤولية المجتمعية للطب والأطباء؟ بوزارات الصحة، والأطباء في قيادتها مسؤولة عن صحة المجتمع، فوزارة الصحة هي المخطط والمنسق والمنفذ للسياسات الصحية، ومن مهماتها توفير الدعم الحقيقي - لا الكلامي - للرعاية الصحية الأولية الشاملة وتطويرها. ومن واجباتها: تفعيل الجودة النوعية، وضمان الخدمة 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 تحقيقاً لحكمة المثل الصيني المشهور: (أعط رجلاً سمكة وتكون قد كفيته قوت يومه وغداً سيغدو شحاذاً. علم رجلاً 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 أخلاقياً، 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 دائماً 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 تهين 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 مهنيًا وتشعره بالرضا والعطاء. وفي أغلب دول العالم هناك منظمات أهلية؛ فهناك - مثلاً



- (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 مؤخراً 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 العامة²⁸. فكرة التغطية الصحية الشاملة تتسجم 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)

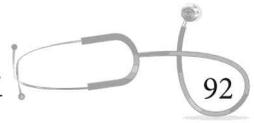
هناك ظاهرة لا بد لنا من التوقف عندها والتصدي لها؛ لأنها ذات صلة بالمسؤولية المجتمعية للطب والأطباء، ألا وهي هجرة الأطباء والعقول. وبالرغم من أنني لا أملك أرقاماً عن أعداد المهاجرين من الأطباء من منطقتنا، إلا أن الهجرة صارت ظاهرة لا تخفى على العين، وصارت كليات الطب في

بلادنا تدرّب 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 يدرّبوا في ظروف العمل في أجزاء الوطن النائية والمحتاجة، بل درّبوا 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 - أيًا 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 تحدياً 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 (رقم 3895) وقال: حديث حسن غريب صحيح، وصححه الألباني في صحيح الجامع (رقم 3314).



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

