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 الْإِنسَانَ فِي 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.