

المقاربة العقلانية للأخلاقيات

د. حسين نوفل

05+06

20-23/03/2016

مدققة



RB Medicine

آداب الطب وتشريعاته | Medical Ethics

السلام عليكم

تكلّمنا في المحاضرات السابقة عن أهم النظريات الأخلاقية التي يمكننا أن نعتمد عليها في الأخلاقيات الطبية، ورغم أنه بإمكاننا اعتماد جميع النظريات الأخلاقية إلا أن أكثر ما نعتمد عليه نظرية الواجب.

ولأننا نعجز في الكثير من الأحيان عن تطبيق نظرية الواجب نضطر في هذه الحالات أن نعتمد على نظرية السببية أو المنفعة أو حتى نظرية الفضيلة، وضرنا بعض الأمثلة على ذلك.

استراتيجيات العلاج

إن كان لدينا مريض، تكون استراتيجيات العلاج الثلاث:

1. "إزالة الأسباب"

- = معالجة الأسباب، فإن استطعنا معالجة السبب نكون قد حصلنا **أفضل نتيجة**.
- أول الاستراتيجيات وأفضلها.

← إن عجزنا عن ذلك نتبع الاستراتيجية الثانية:

2. "المحافظة على الحالة دون أن تتطور للأسوأ"

- قد نجهل الأسباب أو نكون على علم بها ولكننا **عاجزون عن ضبط الحالة**.
- مثال: في التصلب المتعدد والسكري نصبُّ جهدنا على **منع تطور الحالة** وإبعاد الاختلاطات، ولسنا نعالج الأسباب فعلياً.
- عند المعالجة بهذه الاستراتيجية تكون أعراض المريض قد تدهورت، لذا نستخدم المنفعة في بعض الأحيان والواجب في أحيان أخرى وقد نضطر للمعالجة بالفضيلة.

Al-Kamal



0 00220306050 0

- في المنفعة نسعى للنتائج الأفضل دون الحاجة لمعرفة السبب، **فمثلاً**: عند إصابة أحدهم بصدمة تحسسية نجهل سببها نعطي الكورتيزون، وذلك حسب نظرية المنفعة.
- بالرغم من الآثار الجانبية للكورتيزون نحن مضطرون للمعالجة به.
- ولو أننا اعتمدنا نظرية الواجب هنا لعالجنا الأسباب لا المظاهر والنتائج، لكن ما يهمنا في هذه الحالة هو النتائج.

← فإن عجزنا عن هذه الاستراتيجية أيضاً نلجأ للاستراتيجية الثالثة والأخيرة:

3. "معالجة الأعراض كلما ظهرت"

- وهي **أقل ما يمكننا فعله** للمريض.
- مثال: في حالة المصاب بسرطان ذي انتقالات، ليس بوسعنا أن نزيل الانتقالات أو أن نوقف السبب، كل ما بيدنا أن **نعالج الأعراض كلما ظهرت**.
- ← ما نقوم به هنا مجرد محاولة للحفاظ على نمط حياة هذا المريض ورعاية صحته لا أكثر.
- ← معالجتنا في هذه الاستراتيجية ما هي إلا **معالجة تابعة لنظرية الفضيلة**، فنحن نتبع أفضل من يعالج هذه الحالة (أي كما يرى الخبير الفاضل في هذا المجال، بهدف تحقيق الازدهار).

أفضل الأولويات Best Interest

الاستقلال Autonomy

الحقوق Rights

المفاهيم الأساسية
في الأخلاق الطبية

التفكير بالأخلاق

- عندما تحدث ردود الأفعال أو الارتكاسات في حالات خاصة، تكون صحتها الأخلاقية مبنية على خبراتنا الناجمة عن **التنشئة والتدريب**، لذلك تختلف كل مجموعة بردود الأفعال Responses.
- عندما نواجه موقفاً أخلاقياً مع المريض أو حتى مع زميل ما، سيكون رد الفعل نابعاً مما تدرينا عليه واكتسبناه من خبرات ومما تنشأنا عليه، فتتفاوت ردود الأفعال حسب التنشئة.
- وتختلط التنشئة بالتدريب، لذلك نحاول في الأخلاقيات أن نزيد التدريب حتى نخفف من أثر التنشئة.

- ❖ الكثير من الناس يجدون صعوبة في مقارنة المريض ومصارحته، فهم معتادون ألا ينظروا إلى الآخرين عندما يتحدثون معهم، وهذا ما لا يجوز للطبيب فعله مع المريض!
- ❖ التأمل جزء من الفحص، والمريض ليس قادماً ليتسامر مع الطبيب أو ليحكي له قصة، ربما نسميها قصة مرضية إلا أنها مشكلة يعاني منها المريض!! (فالتبيب ليس كاتب قصص يسجل ما يرويهِ المريض).
- ❖ الفحص السريري يبدأ من لحظة مقابلة المريض ودخوله من الباب، وذلك بتفحص المريض وتأمله، ولن يكون ذلك ممكناً لو نظر الطبيب إلى الأرض، إذ لا بد من ملاحظة ملامح وجه المريض ومشيته وجميع تحركاته ومظهره كاملاً.
- ❖ لا بد من ملاحظة إذا ما كان المريض يخشى التحدث ويتجنبه، كما في حالة المريض المعنف.

المعنف: هو من يأتي ومعه أبوه أو أخوه أو أحد من معارفه فنراه يخشى أن يعنفه الشخص الذي جاء معه، ونشاهد ذلك لدى الأطفال والمسنين، وربما تتجنب المرأة الحديث إن كان معها زوجها.

- ❖ لا بد من ملاحظة هرب المريض من النظر في عيني الطبيب، الذي يعني وجود مشكلة لديه! وعلياً أن نكتشف هذه المشكلة لا أن نتجنب النظر في عينيه، ونبدو أننا نعاني من المشكلة.
- ✍ كل ذلك يظهر لنا **أهمية التدريب في مقارنة المريض**، والوصول لحيدة تمنع قرارات الطبيب من الانحياز.
- ✍ في كثير من الأحيان نتأثر بالمريض ونتعاطف معه أكثر من اللازم، خصوصاً عندما يكون معنفاً أو متردي الحال، وهذا لا يجوز.
- ✍ ربما يكون المريض قريباً من الطبيب أو عدواً له يكرهه فيتصرف معه دون حيادية، **كل ذلك يعود للتنشئة.**

جميع التدريبات في الأخلاقيات تحاول تدريبنا على المواقف الأخلاقية بحيث تخفف من أثر التنشئة.

(أي أن اختلاف البيئة والتنشئة التربوية أدت إلى اختلاف الارتكاسات على الرغم من توافق المنهاج والتدريب المهني)،

- ✍ **تختلف التنشئة بين البلدان**، فالتنشئة الأوروبية تختلف عن التنشئة الآسيوية (في الهند مثلاً) وتختلف عن التنشئة في الدول العربية وبين الدول العربية نفسها. فالتنشئة في سوريا ولبنان والأردن وفلسطين تختلف عن التنشئة في المغرب والجزائر، وتختلف أيضاً عن التنشئة في الخليج.

وهذا الاختلاف في التنشئة يخلق ردود أفعال مختلفة لا بد من تفسيرها **بشكل عقلائي**.

لذلك تتشكل المقاربة العقلانية في الأخلاقيات

المقاربة العقلانية للأخلاقيات

وتتألف من مكونات ثلاث:

عقلية عادلة - استنتاج ساري المفعول - الانعكاس مع التحوار

1- عقلية عادلة Fair-Mindedness

- ❖ هي الاعتدال تجاه الآخرين، فالتعاطف موجود ولكن بحياد.
- ❖ الحياد أمر صعب ويحتاج إلى التدريب والخبرة، فالطبيب يتعامل مع المرضى على أنهم مرضى فقط بغض النظر عن جميع الاعتبارات الأخرى. وذلك كي لا يشعر الشخص بتفضيل زائد أو ناقص من الطبيب لحالته.
- ❖ الحياد لا يعني أن نعامل المريض على أنه حالة مرضية، بل هو إنسان لديه حالة مرضية والفرق كبير.
- ❖ على الطبيب ألا يسمح بتأثر عمله بكرهه لشخص ما أو محبته له.
- ❖ لا بد للطبيب من التدريب على ذلك.
- ❖ لذلك **يُنصح الطبيب بعدم معالجة أقربائه**، لأنه سيتأثر وخاصة في العمل الجراحي، وسيلوم نفسه عند حصول أي مشكلة حتى لو لم يقل المريض أي شيء.
- ❖ يُفصل بوجود البديل ألا يقوم الطبيب بمعالجة قريبه. أو إجراء عمل جراحي إلا إذا كانت حالة إسعافية.
- ❖ عندما نعامل المريض على أنه إنسان فإن ذلك يشعره بالأمان كي يبوح عن مشاكله وشكواه بوضوح وهذا يساعدنا كثيراً في التشخيص.
- ❖ التعاطف يكون بأن يشعر الطبيب بمعاناة مريضه، فالمرضى أتى إلى الطبيب طلباً للعناية والعلاج، ولم يأت ليتحدأك مهما كان المريض عدائياً أو عدواً لك.
- ❖ **كل مريض هو حالة مستقلة** بذاته وآلامه وأعراضه ولا يمكن للطبيب أن يعامل كل المرضى بنفس الطريقة، بل يحتاج إلى تطوير أساليب العلاج والتعامل.

- اللطف جزء أساسي لممارسة المهنة الطبية، حتى لو كان الطبيب ليس لطيفاً بطبعه، فلا تقبل الممارسة الطبية من دون لطف.
- الثقة تمنح ولا تطلب، فإذا لم يشعر المريض أن الطبيب أهل للثقة لن يخبره الحقيقة كاملة، وبالتالي التشخيص النهائي سيكون خاطئ والنتيجة سيئة.

أمثلة لتوضيح الفكرة:

- ✚ قد يأتي المريض إلى الطبيب ويبدأ بالصراخ عندما يشكو ألمه، المريض هنا لا يقصد إهانة الطبيب وعلى الطبيب أن يتفهم ألم المريض.
- ✚ قد يزداد ألم المريض عند حركة معينة يقوم بها الطبيب أثناء الفحص، ويبدأ بالشتائم وهنا أيضاً يتفهم الطبيب حالة المريض وألمه.

نتيجة: تنسجم المقاربة العقلانية مع نظريات الواجب أكثر من المنفعة والفضيلة.

2- الاستنتاج ساري المفعول Valid Reasoning

- ↑ لا يجوز لنا أن نأخذ الأعراض ونقوم بالفحوص السريرية والاستقصاءات ومن ثمّ نستنتج استنتاجات كما كان ابن سينا يستنتج.
- ↑ الطبيب يعتمد في قراراته على مقدمات وحقائق، وليس على تخيل أو افتراضات أو تكرار للأمور.
- ↑ إن كان ذلك مثبتاً في المراجع العلمية الحديثة فليست هناك أي مشكلة، أما ما يخالف المراجع العلمية الحديثة فهو **مرفوض**، وهذا ما يعنيه الاستنتاج ساري المفعول.
- ↑ من خلال الحقائق المتوافرة يبني الطبيب استنتاجاته ويبرهن عليها.
- ↑ الرعاية الطبية التي يمارسها الطبيب ينبغي أن تكون **متوافقة مع الواقع الحالي** Up to date، وليست قديمة من عصر الجاهلية 😊.
- لذلك الطبيب يجب دائماً أن يجدد معلوماته.

أمثلة:

- ✚ في السابق كانت التعليمات حول القرحة المعدية تقول أن سبب القرحة زيادة الإفرازات الحامضية للمعدة (PH المعدة الحمضي القوي جداً) ولأن الأسباب حينها اقتصر على الحموضة، كان العلاج المستخدم لأكثر من أربعين سنة شرب الحليب! والامتناع عن أصناف طعام معينة.

✍ بادعاء أن الحليب قلوي وسيعدل تلك الحموضة ومن هذا القبيل، وتبين لاحقاً أن جرثومة الملوية البابية *Helicobacter* هي السبب الرئيسي في القرحة.
✍ وما علاجها إلا وصفة لأسبوع واستراحة لأسبوع تليه وصفة لأسبوع آخر بالحد الأقصى ليشف المريض!

✍ فهل نستمر الآن على العلاج بشرب الحليب ومضادات الحموضة؟ بالتأكيد هذا غير مقبول.
✍ إذا جاء مريض إقياء وإسهال، لا نفترض فوراً أنه مريض كوليرا، فهناك أنواع الكثير من أنواع التسممات التي تسبب هذه الأعراض.

هناك بعض أنواع التسممات التي تسبب تخدير في مركز الإقياء وبالتالي تؤدي إلى إسهال فقط.

✍ جاء مريض بطن حاد، بطن حاد يعني بطن جراحي، في هذه الحالة يجب فتح البطن، فمن الممكن أن تكون الأسباب التهاب زائدة دودية أو انفتال أمعاء أو انتقاب أمعاء.. لكن يمكن في بعض الأحيان ألا نجد أي مشكلة عند فتح البطن (كما في حالة التسمم بالأوكزالات)، ولكن هذا لا ينفي القاعدة العامة بفتحه في هذه الحالات.

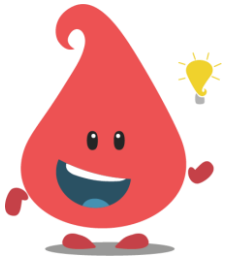
- في كل بلدان العالم أصبح الترخيص مؤقت، خمس سنوات مثلاً، خلال هذه الخمس سنوات يجب أن يجمع الطبيب نقاط تدل على أنه يعرف آخر ما توصل إليه العلم فيما يخص اختصاصه، وإلا تسحب الشهادة أو يوقف العمل بها إلى حين إثبات العكس.
- هناك جهود من قبل هيئة البورد السوري لتطبيق هذا النظام في سوريا، حيث اعتمد أنه يجب أن يجمع تقريباً 150 نقطة حتى يعتبر الطبيب Up to date، وهذه النقاط تجمع من خلال المشاركة في المؤتمرات أو تقديم محتوى علمي....

↑ البراهين التي يعتمد عليها الطبيب ينبغي أن تكون عقلانية قوية تدعم القرارات التي يتخذها بخصوص مرضاه.

↑ من المعروف أن أضعف البراهين هو نقض الفرض.



مكونات الاستنتاج ساري المفعول:



- البرهان الراسخ والمتين منطقياً.
- التحليل الفكري ذو العلاقة مع المفاهيم.
- استنتاج من المبادئ والنظريات (استقلالية المريض والمنفعة).
- الاتساق والمقارنة للحالة.

نبدأ بالتفصيل بكل منها:

(1) البرهان الراسخ:

- كل البراهين المنطقية **تفترض** قضايا ثم تبني عليها، وبالتالي فإنها قابلة للتطور والتغير بتغيير الفرضيات.
- الحقيقة المطلقة لا يمكن أن نصل إليها، ولكن نحوم حولها، وهذا ما اتضح في أمثلتنا ففي الرياضيات التي هي أم المنطق لم نستطع التحديد.. ما بالنا بقضايا أقل تحديداً!!
- الطبيب ينبغي أن يكون منفتحاً على التطورات والتغيرات، وأن يتوقع وجود براهين تقاوم براهينه، فينبغي أن **يتواضع** ويقتنع أنه لا يملك الحقيقة كاملة، وأنه لم يصل للعقل الكامل.
- لو كانت الحقيقة الكاملة بين أيدينا وكل الأمور محددة وواضحة لما كان هنالك داع للبحث العلمي.
- البرهان الراسخ ينبغي أن يكون مبني على أساس **متين منطقياً** والمقدمات **متوافقة** مع النتائج. يمكن لشخص أن يعطي مقدمة معينة ويغير النتيجة، وذلك من خلال التغيير في المنتصف، أي فيما يربط بين المقدمة والنتيجة.

أمثلة على المقدمات والنتائج:

1. جاء مريض يشكو من تشنج عضلي أو اختلاجات، هنا أول ما نفكر به هو ما سبب هذه الأعراض؟ قد نظن أن السبب هو نقص الكالسيوم مثلاً، فنقوم بإعطاء الكالسيوم، قد لا ينجح هذا العلاج، أو قد نقوم بإعطائه الـ Valium أو الـ Barbiturates، ولم ينجح أي من هذه العلاجات. هنا قد يكون المريض قد تعاطى Isoniazid مما يؤدي لهذه الأعراض وعلاجه يكون بإعطاء فيتامين B6. إذاً المشكلة هنا كانت في التشخيص بحد ذاته أي بالمقدمات مما أدى إلى

نتائج خاطئة.

2. خرج مريض من عملية جراحية بوضع جيد، بعد يومين بدأ وضعه بالتراجع، فلم يتحسن وكان يشعر بالحمى وحرارته ترتفع، هذا يعني أنه هناك مشكلة ما في العمل الجراحي، تبين فيما بعد أن الجراح قد نسي قطعة شاش مكان العمل الجراحي وهذه القطعة أدت إلى إنتان...

في مثل هذه الحالة يجب على الجراح أن يتعامل مع الموضوع ببرهان راسخ، وليس أن يعطي المريض خافضات حرارة فقط ولا يسمع شكواه، إذاً المشكلة هنا كانت في الرابط ما بين

المقدمات والنتائج، فكلاهما صحيح ولكن ما بينهما هو المشكلة.

3. قتل الإنسان خطأ، فإذا اعتبرنا الجنين إنساناً فقتله خطأ، ولكن إذا لم نعتبره إنساناً فقتله ليس خطأ، وبالتالي اللعب والتغيير هنا يكون ما بين المقدمة (قتل الإنسان) والنتيجة (قتل الجنين) وذلك في مناقشة هل هو إنسان أم لا..

- * الجنين شكل من أشكال الإنسان، فكما أن إهانة الميت أو التمثيل بأعضائه خاطئ (حتى على مستوى شعره وأظفره)، فأيضاً الجنين يجب احترامه وهو الأولى كونه حي.
- * الإجهاض قتل إلا إذا كان هناك خطر على حياة الأم، ولم يكن هناك حل آخر.
- * البويضة والنطفة هما شكلان من أشكال الإنسان ويجب عدم التفريط بهما.

أمثلة على البرهان الراسخ:

1. إذا جاءنا مريض Hypoglycemia، هنا لدينا برهان راسخ ومتين أنه يجب أن نعطي السكر لتحسين حالته. أما في حالة مريض Hyperglycemia، فهنا نعطي الأنسولين وهنا أيضاً يوجد برهان راسخ ومتين.

👉 في حال حصل اختلاط بين الحالتين وأعطينا السكر في حالة ال hyperglycemia فإن ذلك لن يضر المريض كثيراً.

2. بينما نرى الضرر الأكبر، وهنا يجب التأكد بالبرهان الراسخ والمتين، في حالات الحادث الوعائي الدماغى CVA، الـ CVA يمكن أن يكون بسبب نزف أو بسبب تخثر، فإذا أعطينا المريض حالات خثرة مثلاً، ظناً منا أن الحالة تخثر من دون أن نكون متأكدين وكان السبب الفعلي هو نزف، فإننا سنزيد الإصابة سوءاً ويمكن أن نودي بحياة المريض.

هنا تظهر أهمية البرهان الراسخ المتين.

3. مثال آخر هو ارتفاع التوتر الشرياني، فارتفاع الضغط له أسباب عديدة، ممكن أن تكون وعائية أو غدية أو قلبية.... وكل من هذه الأسباب له علاج مختلف، مدرات أو حاصرات بيتا....

لذلك في مثل هذه القضايا يجب أن يكون لدينا برهان راسخ، لكي نقوم بالعلاج الصحيح. فكل ما كان الفحص السريري مفصلاً أكثر كل ما وصلت إلى نتائج أقرب للصحة، وعدم إغفال أي مكون من مكوناته. أما إذا بدأنا بعلاج ما دون التأكد من السبب، فقد يتحسن المريض قليلاً ولكن المشكلة لن تزول وقد يعود المرض.

- يجب عدم الاستخفاف بالمريض أبداً مهما كان مستواه العلمي أو الثقافي، وسماعه والثقة به، لأن سبب قدومه إليك هو أن لديه مشكلة يشعر أنك قادر على حلها.
- تفهيم المريض وشرح التوصيات recommendations المترافقة مع العلاج واستخدامات الدواء هي مسؤولية الطبيب.
- هناك بعض المرضى ممن لديهم مشاكل نفسية تجعلهم يكذبون على الطبيب، في هذه الحالات يجب مساعدة هذا المريض أو تحويله إلى طبيب نفسي.

(2) التحليل الفكري ذو العلاقة مع المفاهيم:

يتضمن كل من:

- (A) تعريف المصطلحات وتحديد ما يقلل كثيراً من الالتباس confusion وسوء الفهم misunderstanding.
- (B) التمايز.
- (C) التماثل (التغليب أو الإجمال).



(A) تعريف (المصطلحات):

لنسقط ذلك على الطب:

- يجب الاتفاق على المصطلحات بين الطبيب والمريض؛ ارتفاع توتر شرياني، Multiple sclerosis....
- الصداع محدد فكرياً على أنه ألم في منطقة الرأس.. وما بنط واحد وبيقلي ألم في الكتف ☺
- الألم يختلف عن الإيلام:
- ↳ الألم pain: هو **عرض** يشعر به المريض ويشكو ذلك لطبيبه.
- ↳ الإيلام tenderness: هو **علامة** حيث يحرض الطبيب الشعور الألمي لدى المريض أثناء الفحص السريري.

- لو لم يكن لدينا هذا التحليل الفكري والأطباء غير متفقين على المصطلحات. يحدد أحدهم أن السرطان هو التهاب كبد ويسمع طبيب آخر بالموضوع ويشرح السرطان للمريض على أنه ورم ويجب أجلو 😊
- طبيباً الترفع الحروري هو ارتفاع درجة حرارة الجسم عن 37.5 وهذا الرقم مهم جداً لأن الترفع الحروري غالباً ما يشير إلى علامة مرضية، ولو حددناه على أنه 35 فجميع البشر مرضى * _*.
- طبيباً ارتفاع ضغط الدم يكون عند ضغط 14/9 فما فوق، وبدون هذا الاتفاق المحدد قد تقع بخطاء توصيف الأعراض ويحدث التباس ومشاكل.
- هناك **تصنيف دولي** للأمراض يدعى ICD، فمثلاً الكوليرا أو الأمراض الوبائية لها **guidelines** متفق عليها دولياً، أو شلل الأطفال وغيرها من الأمراض.

ICD: International classification of diseases.

- بالإضافة للاتفاق على المصطلحات يجب توضيح **المفهوم Concept**، مثلاً عندما نقول "مرض معدي" ماذا نقصد بكلمة "معدي" وهل كل الأمراض "المعدية" بنفس الخطورة؟ هل الكوليرا بنفس خطورة الحصبة؟ فهنا يجب توضيح التصنيفات ودرجات الخطورة المندرجة تحت المفهوم الواحد.

نسقط ذلك على الحياة اليومية:

- لو لم يكن لدينا اتفاق على المصطلحات في الألوان، والبعض يفهم الأخضر على أنه أحمر... كم مشكلة ستحدث عند إشارات المرور؟

(B) (التماثل بين المفاهيم) (التغليب):

- بما معناه أن المجال 6-9 هو المجال الطبيعي للضغط الانبساطي، ولكن قد يكون الضغط 6 غير طبيعي في بعض الحالات، فنقول أن 6-9 هو غالباً طبيعي.
- لا يوجد شيء حتمي وقاطع في الطب، وغالباً ما نستخدم غالباً 😊.

(C) (التمييز):

- مثلاً التمييز بين الأمراض المعدية أيها أخطر وماذا تستوجب من إجراءات، فكما ذكرنا ليست جميع الأمراض المعدية بنفس الخطورة.. فمثلاً التهاب الكبد A ليس كـ B وليس كـ C... لذلك في أغلب بلدان العالم هناك أمراض تستوجب الإبلاغ عنها مباشرة، بينما أخرى يمكن الإبلاغ

ويمكن عدمه وهكذا.

- عندما نتفق مثلاً على مجموعة أعراض وعلامات لمتلازمة ما، ونشخص بها عدة مرضى، هل جميع هؤلاء المرضى بهذه المتلازمة متشابهين؟
- إنهم متشابهون في بعض الأعراض والعلامات، قد يختلف بعضهم بدرجة تطور المرض وبظهور أعراض وعلامات ناتجة عن ظروف خاصة بهم... إلخ
- ففي نفس هذه المجموعة من المرضى المصابين بالمتلازمة نفسها نجد تمايزاً.
- **والتمايز يكون على مستويين:**

☒ تمايز مرضى هؤلاء المتلازمة عن متلازمات أخرى.

☒ تمايز مرضى المتلازمة نفسها عن بعضهم.

(3) استنتاج من المبادئ والنظريات (استقلالية المريض والمنفعة):

- المريض هو إنسان ينبغي أن أوضح حالته بالتفصيل **فمنفعته هي الأساس.**

(4) الانسجام مع الحالة (الاتساق والانسجام والمقارنة):

- كل حالة لها **بروتوكول علاج** خاص بها.
- عندما يمارس الطبيب الثلاث مراحل السابقة؛ البرهان الراسخ والتحليل الفكري واطلع على المبادئ الطبية ومدى اتفاقها مع الحالة التي أمامه، سيصل إلى المرحلة الرابعة وهي الانسجام مع الحالة، هل تتفق مع الحالة أو لا، وقد لا تنسجم.
- **مثال:** قد يأتي مريض كوليرا ولكن لديه عوامل إضافية وبالتالي الأعراض لن تكون واضحة.. هنا تظهر أهمية **التفكير النقدي**. حيث يمكن أن تأخذ قراراتين **مختلفين** بخصوص حالة واحدة.
- **مثال:** في حالة مريض سرطان، قد يقترح أحد الأطباء أن نعالجه أولاً بالعلاج الكيميائي ثم ننتقل إلى الجراحي ومن ثم الإشعاعي. وقد يأتي طبيب آخر يقترح أن نجري استئصال جراحي أولاً ومن ثم العلاج الإشعاعي وبعده الكيميائي..

تذكر: هناك ثلاث مستويات من التفكير:
التفكير الوصفي، التفكير النقدي، التفكير الاستنتاجي.

3- الانعكاس مع الحوار Reflection with Dialog

- بعد أن تنظر إلى الأمور بالعقلية العادلة، ويكون لديك الاستنتاج ساري المفعول والبرهان الراسخ، سينعكس ذلك على قوة اتخاذ القرارات الصائبة وقوة المناقشة الفعالة العلمية لديك.
- عندما يكون الطبيب متمكن جداً من الحالات التي تعرض عليه، يصبح بإمكانه أن يتحرك بحرية بين البديهيات والنظريات، ويجب عليه أن يستخدمها بأسلوب منطقي صحيح بحيث يخدم المريض **وليس** نفسه (كأن يكون هدفه إبراز معرفته بهذه الأمور)، وبالتالي كما قلنا سابقاً فالمعالجة يجب أن تكون **patient-centered**.
- هذا يعني أن القضايا العقلية العادلة والاستنتاج ساري المفعول **ستناقش في أذهاننا!**
- حتى لو كان استنتاجاً ساري المفعول لا بد من تطبيقه على المريض الذي أمامنا، هل من الممكن تطبيق هذا الاستنتاج المستخلص من الوقائع الموجودة أمامنا؟
- يفترض بالطبيب أن يبني كل قراراته العقلية الطبية على **حقائق** لا على خيالات.
- بأعراض المريض والاستقصاءات والعلامات التي نستخلصها بالجس والتأمل والقرع والإصغاء بكل ذلك نجمع الحقائق.
- يفترض بكل قراراتنا أن تعكس الحقائق التي وجدناها، وحتى عندما نضطر للاستقصاءات فإننا لن نصدقها ونكذب استنتاجاتنا.
- لا شك أن الحوار له أهمية كبيرة في تطوير خبراتنا العلمية بالاعتماد على التفكير النقدي والنقاش المستمر.
- الحوار مع الآخرين مهم جداً، وحتى لو كان الحوار مع شخص أقل خبرة ومعلومات منك فإنه قد يرى بعض الأمور التي غابت عنك.
- إن مهارة الحوار مع المريض من المهارات الأساسية للطبيب.

إن العقلية العادلة والبرهان ساري المفعول والحوار سوف يقودك إلى مقارنة عقلانية في جميع الأمور ومع جميع الناس.

- **مثال:** توصلنا في الفحص السريري إلى إصابة المريض ببطن متقفع (بطن فيه مشكلة، بطن جراحي).
- لكن الاستقصاء جاء بعدم وجود أي خلل! فلا إنتان ولا اضطراب في الحموضة ولا مشاكل في البول.

فهل نقبل هذا الكلام؟! من غير الممكن ذلك، ونتجه للشك بخطأ في الاستقصاء، كخطأ في الاسم أو الرقم، ولكننا لن نشك بفحصنا ونعتمد على الاستقصاء.

الفحص الذي أجريناه هو الأساس الذي نعتمد عليه

- مثال 2: أتنا نتائج خزعة مشيرةً لسرطان في أحد المرضى، رغم أن تشخيصنا لم يكن باتجاه السرطان مطلقاً، فهل نقرر خطة علاجية كيميائية أو جراحية!!
- إن كنا سنصدق الاستقصاء فسنرسله للجراحة، أما إن كنا سنصدق الفحص الذي أجريناه بأيدينا فإننا سنعيد الخزعة وهذا ما علينا فعله حقاً.
- لا بد من وجود انعكاس للوقائع، ولا بد من التماثل (Dialog)، أكان ذلك مع أنفسنا أو مع الآخرين، خصوصاً عندما لا نقتنع بالنتائج.
- يجب أن يتمتع أصحاب القرار بما فيهم الأطباء بهذه المكونات الثلاث حتى يتخذوا القرارات بالمعالجة، وذلك بالتدرب واكتساب الخبرة.
- نتدرب على الحياد والعقلية العادلة، وعلى الوصول للاستنتاج ساري المفعول.

التدرب على الوصول للاستنتاج ساري المفعول

ويكون بمعرفة المراجع الطبية الحديثة التي تعطينا كل المعلومات الطبية المحدثّة التي نريد، وهي كما مر معنا في مقرر الصحة "، Cochrane Systemic Review, WHO، الجامعات، والأبحاث الجامعية وغيرها"، ولا نعتمد على المجلات الإعلامية أو الصحف أو البرامج التلفزيونية وما يذكر فيها، فهي لا تُعد مراجع علمية ولا يمكننا استخلاص استنتاج ساري المفعول منها.

ملاحظات:

وقبل مناقشة هذه المكونات لا بد من تفحص الفرق بين الحقائق والقيم.

الحقائق والقيم

★ فنحن بحاجة للتمييز بين **الحقائق** (Facts) و**القيم** (Values) في القرارات الطبية.

★ **القيم** هي معايير نستخدمها للتعبير عن الطبيعي في **جمهرة السكان**، وليست قواعد رياضية ثابتة.

مثال: قيم المعدل الطبيعي للنض بين 60/د و 100/د، فإن كان نبض أحدهم 59/د هل نقول أن لديه تباطأ في النبض؟ أو أن نبضه 101/د هل نقول أن نبضه متسارع؟

- عندما نتكلم عن قيم طبيعية للنض فإنه يوجد بالتأكيد اختلافات فردية تتفاوت بين شخص وآخر (باختلاف المناعة والحالة الصحية والحالة الاستقلابية وحتى الهرمونية)، وما هذه القيم إلا معايير للتعبير عن الجمهرة بشكل عام 70%-80% وبالتأكيد لن تعبر عن جميعهم.
- لا نقول عمّن لديه نبض بقيمة 59/د أنه غير طبيعي، ربما يكون الخطأ في قياسنا أو قراءتنا، أو أن عملنا دقيق لكن هذا النبض هو الطبيعي لهذا الشخص.
- من غير المنطقي أبداً أن نقول أنه غير طبيعي لمجرد كونه تحت الـ 60/د مع إعادة الفحص!
- بالإضافة إلى أننا **في القضايا الصحية وقضايا النبض نحاول ألا نأخذ الأمور مرة واحدة فقط، بل أن نكررها عدة مرات ونأخذ المعدل الوسطي لها.**

★ هناك فرق بين القيم وبين الحقائق الطبية وعلينا أن نتدرب على التمييز بينهما، **الحقيقة أمر لا خلاف عليه.**

- كأن يكون أحدهم مصاباً بالقرحة، فلا يمكن أن يكون مصاباً بالقرحة كثيراً أو مصاباً بقليل من القرحة.

★ التعليم يقود إلى نقص في حساسية التمييز بين الحقائق والقيم، فنخلط عندها بين هذين المفهومين.

★ ينطبع طريقة فعل صحيح دون التفريق بين الأسباب الحقيقية والأسباب القيمية.

فكما في المثال السابق من غير المقبول أن يقال عمّن ضغطه الانبساطي 5.5 مم.ز أنه مصاب بانخفاض ضغط، بل علينا التمهّل.

← علينا معرفة الفرق بين الضغطين الانقباضي والانبساطي، ولربما يكون ضغطه 9.5/5.5 مم.ز وهو مقبول، أي لا بد من ربط الأمور مع بعضها.

← قد يكون الشخص ذا بنية جسدية قوية يمارس الرياضة ولديه لياقة عالية، وهذه البنية الجسدية تساعد في أن يكون نبضه 70/د حتى في أقصى حالات الجهد.

← تماماً كما يكون النبض في الإنسان الطبيعي في حالة الراحة، ويكون نبض هذا الرياضي في حالة الراحة 50/د!

← رغم أنه تحت الـ 60/د فإننا نعتبره طبيعياً، وهذه حقيقة.

← الحقيقة الأخرى أنه يمتلك لياقة عالية جعلت النبضات الـ 50 التي ينبضها قلبه تعطيه من الأوكسجين والدفق الدموي ما تعطيه الـ 70 نبضة في قلب الإنسان العادي، لقوة قلبه ومرونة أوعيته الدموية.

سؤال من الطلاب:

عندما نقول إن هناك فرقاً بين الحقيقة والقيمة، فإن ما نقصده بالقيمة: القيمة الأخلاقية أم القيمة "المقدار الحسابي"؟

- يمكن أن تكون القيمة أيّاً من هذين المعنيين.
- **فالقيمة الأخلاقية هي ما نقول عنه أنه صحيح أو كاذب في ظروف ما، وليس على الدوام.**

مثال: القيمة الأخلاقية أن تأخذ موافقة صريحة من المريض، إلا أن المريض قد يكون بحالة لا يستطيع أن يعطينا فيها موافقة صريحة.

← كأن يأتي شارباً الكحول وهو في المستوى الأول. المستوى الأول من الكحول مثبت لقشر الدماغ، وبما أن القشر مسؤول عن الحركات الإرادية فإن حركات المريض الإرادية ستختل.

← لذلك تجرى اختبارات التوازن، فيتكلم الطبيب معه ليلاحظ تباطؤه في الحديث، ويعطيه بعض المسائل العقلانية ليسمع قرارته حولها.

← في هذا المستوى من الكحول، تزول آليات الضبط عن القيم الأخلاقية إن كانت موجودة، ونقول في المعنى الفلسفي "تزول الأنا العليا".

الأنا العليا هي منظومة الضوابط الأخلاقية.

- ↓ الكحول يجعل الخجول ينسى خجله (زهزه 3:)، فيزيد كلامه كثيراً مع عدم ترابطه أحياناً.
- ↓ تبدأ في هذه المرحلة التحرشات الجنسية فهي تدل على أن الكحول ما زال في المستويات الأولى، أما تحطيم المكان حوله فيدل على المستويات الأعلى.
- ↓ لو أن مريضاً قد سقط وجرح وهو في المستوى الأول من الكحول، هل بإمكاننا الإصرار على تأجيل أخذ الموافقة وعدم المعالجة أو أخذ النبض حتى يصحو!
- ↓ لو أنه مريض فاقد الوعي لعالجناه **دون** أخذ الموافقة، إلا أن هذا المريض ما زال لديه جزء عال من الوعي.
- ↓ في **الإصابات المخية البسيطة** (Simple cerebral lesion) يكون الـ GCS¹ "13-15"، بينما قد يكون الـ GCS لهذا المريض "14-15".
- ↓ لا نستطيع تجاهل الموافقة هنا، **لا بد** من أخذها، لكن المشكلة تكمن في الوقت حتى موافقته، فقد يطول وقت النزف.
- لذلك ستعتبر القيم الأخلاقية أنه غير واثق، وسنأخذ بمصلحته ونسعفه، ولا يجوز القيام بذلك دوماً!

★ عادة ما تقود الأنماط المختلفة في الحقائق إلى براهين وأدلة أكثر من القيم، وذلك في أي قرار طبي، لذلك نحاول على الدوام أن ندعم قراراتنا بحقائق أكثر من القيم.

مثال: حصولنا على الكسر القذفي لقلب مريض ما، سنمتلك صورة عن عمل قلبه وترويته وبالتالي نكشف حقيقة إذا ما كان المريض مصاباً بنقص تروية قلبية أم لا.

← أي أن الكسر القذفي هنا ليس مجرد قيمة بل هو قيمة تعكس حقيقة.

← هل من الممكن إن كانت قيمة الكسر القذفي منخفضة أن يكون المريض سليماً من نقص

التروية؟ وأن يكون قلبه طبيعياً؟

← هل من الممكن ألا يكون مصاباً بمرض ويكون الكسر القذفي لديه منخفضاً؟

1 Glasgow Coma Scale (GCS) is a neurological scale which aims to give a reliable and objective way of recording the conscious state of a person for initial as well as subsequent assessment

brain injury is classified as:

Severe, with GCS < 8-9

Moderate, GCS 8 or 9-12 (controversial)

Minor, GCS ≥ 13.

from: Wikipedia.

← علينا دائماً أن نقارن ونربط الحقائق مع القيم، إن كانت القيم تعكس حقائق.. فقرارنا بالاعتماد عليها صحيح.

← أما إن كانت لا تعكس حقائق فعلياً التأكد منها، إما بالبحث العلمي أو مراجعة البحوث السابقة لمعرفة ما إذا كان باستطاعتنا الاعتماد عليها في قرارنا.

- الاحتمالات تقود إلى براهين، والبراهين الأخلاقية قد تختلط بالعواطف، فتلعب فيها العواطف دوراً كبيراً، وهذا ما يأخذنا للحديث عن دور العواطف في البراهين الأخلاقية.

دور العواطف في البراهين الأخلاقية

■ يظهر دور العاطفة في البراهين الأخلاقية في ثلاث طرق:

1. الأهمية الأخلاقية

- ✎ كثيراً ما يظهر دور العاطفة في الأخلاقيات، **فالطبيب في نهاية الأمر إنسان** يتأثر بمرضاه.
- مثال:** أتى الطبيب أحد أقربائه مريضاً في حالة إسعافية أو سيئة جداً ليُدخل إلى العناية المشددة.
- ← يبدأ الأهل أو أقربائه بالتحدث مع الطبيب وترجيئه ليروا مريضهم.
- ← فإن أذن الطبيب بدخولهم ولو للحظات قد يضر المريض!
- ← ربما يُكنّ المريض للزائر كرهاً هائلاً، فيتأثر من سماع صوته وتسوء به حالته.
- ← أو أن يكون المريض على علاقة قوية ومودة مع الزائر، فيتأثر قلبه من رؤيته وتسوء حالته.
- الفرح الشديد يماثل الحزن الشديد في هذه الحالات.
- ← بالتأكيد لن يقصد الطبيب الضرر للمريض لكن عواطفه أثرت على قراره.

2. الحدس الأخلاقي

- ✎ يلعب الحدس الأخلاقي دوراً هنا أيضاً.
- مثال:** إن كان هناك شيء على الطاولة، فإن قول "الشيء موجود على الطاولة" حقيقة.
- ← أما إن كان هذا الشيء خارج الغرفة، وقال شخص داخلها "هذا الشيء موجود في المكان الفلاني" بادعاء أن حدسه يدلّه على ذلك، فإن ذلك لا يعد حقيقة، **فلا حدس في الطب المسند بالدليل**، ولا بد من وجود الدليل!

← كذلك عندما يقول طبيب ما أن هذا المريض يبدو عليه هبوط في الضغط وشحوب، **يبدو** عليه التهاب أعصاب عديد، **تبدو** عليه إصابة مخيخية، كل ذلك مرفوض طبياً، فهناك مريض أماننا نقوم بفحصه ونستنتج.

✍ هذا ما يدفعنا **لرفض المعالجة على الهاتف**، وإعطاء الوصفات دون فحص سريري، فقد يقوم المريض بالتمثيل، قد يكون المريض متوهمًا للحالة التي رواها أو أنه قرأها في مكان ما.
✍ على الطبيب أن يتخذ قراراً بعدم المعالجة عبر الهاتف، إلا إذا كان يستشير طبيباً أعلى منه كما في الدراسات العليا، فيتحدث الطالب مع الطبيب الأعلى منه ليصف له الحالة التي أمامه فيوجهه إلى التصرف الصحيح، وهذا مختلف عن التحدث مع المريض عبر الهاتف.

✍ حتى لو كان المريض طبيباً! فالمريض لا بد له من طبيب يفحصه ليستخلص العلامات.

3. القدرة على الاستجابة وامتلاك مشاعر تجاه الآخرين

✍ أهمية القدرة على الاستجابة وامتلاك مشاعر تجاه الآخرين.
✍ كالتعاطف مع الأطفال أكثر من البالغين، رغم أن حالة البالغ قد تكون أسوأ بكثير من حالة الطفل.
✍ بكاء الطفل يدفع الطبيب للتعاطف معه مع أن إصابته قد تكون بسيطة، فيهتم الطبيب به وينسى بالغاً مصاباً بالصدمة!

✍ وهذا الأمر لا علاقة له بالقرابة، لكن التعاطف في هذه الحالات ينعكس على القرارات الطبية.

✍ فكل ذلك يتطلب تحليلاً أخلاقياً.

فقرة من الأرشيف

هل نستطيع أن نحدد ما هو الصفر؟! 😊

← اللاشيء (فai) \emptyset = صفر zero ولكن هذا غير صحيح رياضياً.

← لو قلنا مثلاً 0 تفاحة.. كم تفاحة لدي؟!

1/10000000 سآخذ 1/10000000 و بالتالي أكون قد حددت قيمة معينة للصفر وعرفته، ويأتي آخر و يخترع قيمة أصغر من التي اعتمدها و يفرضها صفرًا و هكذا دواليك... وهذا الكلام غير مقبول والصفر غير معرف ولا أستطيع أن أقول 0 تفاحة.

← اللانهاية ∞ غير معرفة أيضاً فلو قلنا أن اللانهاية هي 1000000000 سأقول لك أن 10000000001 أكبر منها وهكذا..

نتيجة: الصفر واللانهاية غير معرفة بقيم محددة.

مثال:

هل $4 = 1+3$ دائماً؟!

هذه الأعداد هي من مجموعة الأعداد الطبيعية والتي هي جزء من مجموعة الأعداد الحقيقية. لنفترض أن:

$\frac{1}{0} + \frac{3}{0} = \frac{4}{0}$ حيث $(0.0) \dots$ ، حيث $\frac{4}{0}$ غير معرف و بالتالي فهو يمكن أن يساوي $\frac{6}{0}$ و $\frac{5}{0}$... حيث وهذا يعني أن $3+1$ ممكن أن يساوي 5 أو 6 أو 7 !!!

لكن:

▪ $\frac{1}{0}$ لا يساوي 1 بل هو لا نهاية ∞ أي أنه غير معرف.

▪ $\frac{3}{0}$ لا يساوي 3 بل هو لا نهاية ∞ أي أنه غير معرف.

إذاً عندما استبدلنا 1 بـ $\frac{1}{0}$ فعلياً المقدمة غير منطقية، والبرهان غير متماسك منطقياً، حيث استخدمنا قواعد جمع الأعداد الطبيعية وطبقناها على جمع أعداد غير معرفة.

لاحظ هنا: عندما استخدمنا قواعد لقضية أخرى وأسقطناها على قضية مختلفة تماماً كانت النتيجة غير منطقية.

لكن:

عندما نستخدم $\frac{1}{1}$ و $\frac{3}{1}$ في المقدمة سيكون جمعهما $\frac{4}{1}$ و لا يمكن أن يساوي أي عدد آخر.

إذاً: المقدمة صحيحة والقواعد مناسبة وتقود إلى نتيجة منطقية.

✧ بناءً على المثالين السابقين:

مجموعة الأعداد الحقيقية بدايتها $-\infty$ غير معرفة ونهايتها $+\infty$ غير معرفة ومنتصفها الصفر zero غير معرف أيضاً، فكيف نستطيع أن نعرف الـ 1 و 2 و 3...؟؟؟!

إننا نستخدم قواعد غاية في المنطق تربط بين الأعداد المعرفة ولا تنطبق على الأعداد غير المعرفة وبالتالي للتسهيل فإننا نفرض أن الصفر في المنتصف ونعرف الباقي ما بين اللانهايتين.

✧ بإسقاط تحديد المصطلحات ذلك على الرياضيات:

▪ في مثالنا السابق الـ 1 تساوي 1 فقط ولا يمكن أن أفرضها $\frac{1}{0}$ أو $\frac{1}{\infty}$.. والجميع متفق على ذلك بسبب تحديد المصطلحات.

Notes

هنا تنتهي محاضرتنا الجميلة.

نتمنى لكم كل التوفيق والنجاح.

خبرونا ملاحظاتكم دائماً.

