

الحكمة



اكتوبر 2006

Al Hikma October 2006

مجلة الهيئة النقابية لأطباء المملكة المتحدة وأيرلندا



المؤتمر الصحفي للجنة التمهيدية لاستعادة نقابة الأطباء والهيئة النقابية لأطباء المملكة المتحدة وأيرلندا



Dr I. M. Abdel Rahim

THE POST CONFLICT HEALTH CHALLENGES

THE ROLE OF PUBLIC HEALTH
IN HEALTH IMPROVEMENT PROGRAMME



Dr. Huda Hassan Mohamed

تنويه

يلاحظ الزميلات والزملاء اختفاء باب الإجتماعيات من المجلة .. وقد تداولت أسرة التحرير طويلاً حول هذا الأمر .. واستقر الرأي على أن حركة المجتمع أسرع بكثير مما يمكن أن تحتويه مجلة فصلية .. وان المكان المناسب لها هو موقع النقابة في الانترنت .. والذي يمكن اضافة ما قد يطرأ في باب الإجتماعيات بصورة دائمة تكاد أن تكون يومية .. ويمكن للزميلات والزملاء مراجعة موقعنا على شبكة الانترنت ..

في هذا العدد

- ص 4 .. المؤتمر الصحفي للجنة التمهيدية لاستعادة نقابة الأطباء والهيئة النقابية لأطباء المملكة المتحدة وايرلندا
- ص 6 .. أوراق من ذاكرة التاريخ .. بقلم شاهد عيان
- ص 8 .. مجلس التخصصات الطبية: الإهمال وجهل الطبيب وراء الأخطاء الطبية
- ص 12 .. صوت الوتر السادس (شعر)
- ص 14 .. العازل الذكري .. المفترى عليه !
- ص 16 .. مستشفيات خاصة وكليات خاصة .. الاستثمار طبياً
- ص 18 .. مؤتمر الصحة في السودان بعد إحلال السلام
- ص 20 .. كاريكاتير
- ص 22 .. خبز وحشيش وقمر (ترجمة)
- ص 33 .. The post conflict health challenges
- ص 36 .. The role of public health in health improvement programme
- ص 39 .. The role of expatriate health professionals
- ص 42 .. Chairman speech at the Spring meeting - Birmingham



الحكمة

مجلة الهيئة النقابية لأطباء المملكة المتحدة وايرلندا
أكتوبر 2006

• هيئة التحرير •

- د . أحمد عباس
د . علي زايد
د . حسن أبو زيد
د . أحمد حاج حمد
د . مجدي اسحق
د . هدى بابكر النور
د . نهله عبد المنعم
د . ابراهيم عبد الرحمن حسن

العنوان البريدي

Sudan Doctors Union (UK & Ireland)
61 Durrell Drive, Rugby,
CV22 7GW

www.sudandocor.org



كلمة العدد

الزميلات والزملاء
القراء الأعزاء

بعد التحية

يتزامن صدور هذا العدد من الحكمة مع انعقاد سمنار "قضايا الخدمات الصحية في السودان" الذي يكرس لمناقشة الوضع الصحي المنهار وتدهور مستوى التعليم والتدريب الطبي وكذلك الأوضاع المتدنية للأطباء وذلك استنفارا من ابناء المهنة لتفعيل تنظيماتهم الاكاديمية والنقابية لكي نقدم البديل الذي يعالج جوانب هذه الأزمة المستفحلة.

ويأتي هذا السمنار امتدادا لورشة العمل التي عقدتها النقابة في أبريل الماضي بمدينة برمنجهام بدعوة ومشاركة دكتورة تاييدا بطرس وزيرة الصحة وستجدون عبر هذه الصفحات المساهمات القيمة للدكتورة هدى حسن والدكتور ابراهيم عبد الرحيم كما نعد بنشر بقية المساهمات في العدد المقبل.

اعقب ذلك اللقاء اجتماع بين المكتب التنفيذي للنقابة والدكتورة تاييدا قدمنا فيه تصورا متكاملا واكدنا فيه استعدادنا للمساهمة بالنهوض وترقية الخدمات الصحية ولكن للأسف الشديد فبدلا من الاستجابة لمسعانا التطوعي حاول البعض من قبل الجهاز التنفيذي والسياسي للدولة التعرض لأوضاع الأطباء ببريطانيا والنيل من مواقفهم من دون وجه حق او ميرر فلم نتوانى عن الدفاع عن عضويتنا وعمدنا لكشف الحقائق على الرأي العام السوداني وفي هذا نتوجه بالشكر وبالتقدير للدور الايجابي والتضامني الصحفيين الوطنيين والغيورين على قيم الحق والعدل والحقيقة.

نفرد جل صفحات هذا العدد لمساهمات من زملاء من الداخل وذلك تفاعلا وتضامنا وتلاحما معهم من اجل المعركة المشتركة والمشروعة لاسترداد التنظيم النقابي الديمقراطي المستقل المتمثل في نقابة الأطباء ويسعدنا ان يشارك في هذا العدد النقابي المطبوع الدكتور الفاتح عمر السيد الذى يسرد بعض وقائع التاريخ المشرق لنقابة الأطباء ودورها الرائد من اجل ترقية الخدمات الصحية واسهاماتها في الدفاع عن حرية المواطن والوطن. وعلى نفس المنوال استعرض الدكتور احمد الصافى جانبا من النشاط الخلاق الذى كان يقوم به طلاب رابطة الطب ابان الديمقراطية وافتاحهم على الثقافة الانسانية الرحبة التى تجعل من الطبيب انسانا موسوعيا جديرا وقادرا على التفاعل مع مرضاه وشعبه ثقافيا واجتماعيا وانسانيا. هذا الإرث وهذه التقاليد حرم منها الطلاب خلال العقدين الماضيين نتيجة لسيادة ثقافة القهر والعنف مما حرّمهم من فرص التزود من قيم الاستنارة والحدثة.

يتطرق الدكتور عزان سعيد فى مقاله لبعض الموقف الرسمي تجاه مرض الأيدز وكيفية الوقاية منه وخاصة موقف الذين يجاهرون بالفضيلة وهم يتدثرون خلف تلابيب الزيف والدجل والجهل والاستغلال والاستهتار واستصغار ارواح البشر. وليس هناك فضيلة مع الفقر والفاقة والحاجة والتهميش والاغتراب.

تشير احصائية منظمة الامم المتحدة للتنمية UNDP بأن حالات الاصابة بمرض الأيدز فى السودان تقدر بنحو نصف مليون وقد يرتفع هذا العدد بسبب الحرب الأهلية فى غرب وشرق السودان ولذلك فإن التستر على الوباء يعتبر جريمة جنائية قبل أن يكون جريمة أخلاقية ومهنية وفى هذا نشد على أيدي زملائنا بالداخل الذين يحاولون استنفار المنظمات الطوعية والأهلية ومنظمات المجتمع المدني من أجل التوعية بمخاطر مرض الأيدز وكيفية الوقاية منه.

الدكتور احمد عباس حسين
النقيب

المؤتمر الصحفي للجنة التمهيدية لاستعادة نقابة الأطباء والهيئة النقابية لأطباء المملكة المتحدة وايرلندا

د. ولي الدين النور

الخرطوم - السودان



د. الفاتح عمر السيد، د. عبدالله الشيخ، بروفيسر مامون محمد حسين، د. احمد عباس، د. ولي الدين النور

اقامت اللجنة التمهيدية لاستعادة نقابة اطباء السودان والهيئة لنقابية لاطباء السودان بالمملكة المتحدة مؤتمرا صحفيا مشتركا بدار حزب الامة القومي في 06/8/2 وذلك لتوضيح الانشطة المشتركة بين التنظيمين والخطوات التي انجزت من اجل استعادة نقابة الاطباء الشرعية و كذلك ازالة اللبس حول ما اشيع في اجهزة الاعلام المختلفة عن استغناء المملكة المتحدة عن نحو اربعة الف طبيب سوداني عن العمل وما صاحب ذلك من سفر وفد حكومي علي مستوي عال لبحث سبل استيعابهم للعمل في السودان.

المؤتمر الصحفي انعقد بعد اجتماعات مشتركة بين وفد الهيئة النقابية لاطباء المملكة المتحدة وايرلندا برئاسة د. احمد عباس نقيب الاطباء بالمملكة المتحدة و ايرلندا واللجنة التمهيدية. ناقشت الاجتماعات السابقة للمؤتمر سبل التعاون والنشاطات المشتركة لاستعادة النقابة.



حضر حوالي 26 ممثلا للصحف المختلفة بالإضافة للفيف من الاطباء

ادار المؤتمر الصحفي د. ولي الدين النور عضو اللجنة التمهيدية لاستعادة نقابة الاطباء

اما المتحدثين الرئيسيين في المؤتمر فكانوا

1. د. احمد عباس نقيب المملكة المتحدة وايرلندا

2. بروفيسر مامون محمد حسين رئيس اللجنة

التمهيدية لاستعادة نقابة الاطباء

شارك بالحديث بعض الاطباء من الداخل و الخارج مثل الدكتور

الفتاح عمر السيد و د. احمد الشيخ و حظي المؤتمر بحضور بعض القانونيين الذين تحدثوا عن الطرق القانونية لاستعادة النقابة و قد خاطب المؤتمر ايضا السيد رئيس نقابة اساتذة جامعة الخرطوم الشرعية المنتخبة الذي كان من ضمن الحضور. بادر بالحديث بروفيسر مامون محمد حسين مستعرضا تكوين اللجنة التمهيدية لاستعادة نقابة الاطباء ونشاطاتها والتفاف الاطباء من حولها موضحا عدد الهيئات النقابية التي تم تكوينها وفصل بالشرح خطة اللجنة لتغطية كل ولايات السودان لتكوين الهيئات النقابية بها.

اشار ايضا الي برنامج اللجنة والخطوات النهائية لاستعادة النقابة ثم تحدث في ذات الاتجاه كل من مستر احمد

الشيخ و دكتور الفاتح عمر السيد و اضافوا موضحين الفرق بين نقابة الاطباء و ما يسمى بنقابة المهن الصحية و الطبية وذكروا دور اتحاد الاطباء السلبي الذي استحوذ علي اسم النقابة وهو اتحاد مهني جاء بالتعيين و بعيد جدا عن قضايا الاطباء حيث انه لا يعدوا كونه وجه من اوجه السلطة الكالحة و لقد ظل كل شغله الشاغل هو تسويق الاواني و غيره من سفاسف الامور.

ثم تحدث مستر احمد عباس موضحا كيف تكونت الهيئة بالمملكة المتحدة و ايرلندا منذ مدة و اضاف بعض الاضءات حول نشاطاتها و دورتها و وضح انها نقابة تتكون بالانتخابات ثم شرح بالتفصيل التغييرات التي طرأت

في قوانين الاستخدام بالمملكة المتحدة شارحا اسبابها و تداعياتها مفندا كل ما اشيع عن استغناء الاطباء السودانيين و ذكر ان بعض الجهات حاولت استغلال ذلك سياسيا و قال ان عودة الاطباء الي السودان ليس مرهونا بالاشاعات بل باصلاح بيئة العمل في المستشفيات واطلاق الحريات ومنها حرية تكوين نقابة اطباء السودان وفق الدستور الذي كفل ذلك.

ثم اجاب المتحدثين علي اسئلة الصحفيين المتنوعة.

الجدير بالذكر ان هذا المؤتمر الصحفي هو الثاني للجنة التمهيدية لاستعادة نقابة الاطباء و الاول للهيئة النقابية لاطباء المملكة المتحدة و ايرلندا و شهد توزيع اعداد من مجلة الحكمة.

و اعلن ايضا تعاون اطباء السودان بالداخل مع نظرائهم بالخارج و بالتنسيق التام من اجل القضايا المشتركة.



أوراق من ذاكرة التاريخ بقلم شاهد عيان

د. الفاتح عمر السيد

حيوا معي هذا العملاق " نقابة أطباء السودان "

مارس 1984 ومارس 1985 ... هما تاريخان لم ولن يغيبا لحظة واحدة من ذاكرتي وعقلي ووجداني. يماثلني في ذلك أبناء جيلي من أطباء السودان الشرفاء، والأبطال حقيقة لا مجازا .. انهما تاريخان حفرنا حفرنا في ذاكرة التاريخ والشعب والوطن ... ملحمتان أكاد أجزم أنهما فريدتان في التاريخ الجمعي للعالم كله!! فماذا حدث فيهما!!

كنا لا نزال في الأشهر الأولى من تسجيلنا الدائم كأطباء عموميين أكملوا لتوهم فترة الامتياز ومنها وفيها تفتح الوعي المبكر بما آلت إليه الخدمات الصحية بشقيها العلاجي والوقائي ابان السنوات الاخيرة من حكم نميري وطغمته المايوية والاسلاموية، ما سمي "بالاتجاه الاسلامي" يومها بقيادة حسن الترابي وتلامذته الذين التفوا حول الطاغية في وقت بدأ نظامه يتدهور نحو هاوية الزوال بعد احداث يوليو 1976 والتي كان الاخوان المسلمون من المشاركين فيها فعدروا شركاؤهم وصالحوا النظام باستراتيجية انتهائية صعدا فيها حتى منصب النائب العام ومستشار الرئيس بعد ان ادوا امامه بيعة الاذعان والطاعة وخلصوا عليه لقب امير المؤمنين والامام والقائد الملهم والفوا له كتابا فقهيا اسموه "النهج الإسلامي لماذا؟"

كانت نقابة أطباء السودان يومها يقودها زمرة اطباء الاتحاد الاشتراكي الهزيلة بينما تهيم عليها فعليا قيادات الاتجاه الإسلامي وقد جرى تزويق هذه التركيبة المتناقضة فكريا والمتالفة مصلحيا ببعض الاطباء المستقلين المهنيين ولكن ظلوا اسما بلا وظائف ولم يدعوا يوما إلى اجتماع هام أو حتى عمل نقابي إذا لم يكن مرغوبا في اصالتهم وتجربتهم وصدق توجههم اصلا.

بدأ الأطباء يتململون من ذلك الابهمال المريع لوضع الطبيب والتردي المخيف في الخدمات الصحية وبدأت المملة تزداد حدة خاصة بعد ان اقنع شياطين الاتجاه الاسلاموي النميري باعلان قوانين سبتمبر الجائرة والتي لا يتسع المجال هنا لوصول ما بها من ظلم وقسوة وخيال وهوس وصل حد شنق الشيوخ من الدعاة فيما بعد وصلب وجلد وقطا أيدي وأرجل كثير من المظالم ولعل أسوأ ما يمكن حدوثه للأطباء وقتها كان ان فوجئوا ضمن نشرة الاذاعة الصباحية بالمذيع يتلو برقية تاييد لتطبيق تلك القوانين اللا انسانية ولا اخلاقية وبالقطع لا إسلامية بل هي قوانين العصور المظلمة والغاية معا ... كانت البرقية باسم نقيب اطباء السودان الذي أكد فيما بعد أنه لم يرسل تلك البرقية ولم يؤيد تلك القوانين لا شخصيا ولا بصفته نقيباً للأطباء.

كانت هذه البداية للزلزال العظيم .. تهامس الأطباء فيما بينهم مستكرين في البداية ثم ثائرين وتسارعت الخطوات بين العنابر والمكاتب والعيادات وفي وقت وجيز تحرك الجميع في مستشفى الخرطوم التعليمي نحو قاعة بروفيسير داوود الخالدة رغم انتشار رجال امن نميري في المستشفى بشكل مكثف ... انعقد الاجتماع وبرزت القيادات المستقلة التي ضاقت بتهميشها وخاطبت جموع الأطباء التي القت بثقلها حول المطالبين التاريخيين "ترقية الخدمات الصحية بالبلاد" وترقية أوضاع الأطباء المعيشية والمهنية" ... وهدنا بالإضراب ان لم تستجاب المطالب وكلفت اللجنة التنفيذية للهيئة النقابية لأطباء الخرطوم برفع المطالبين للجنة المركزية ونقيب الأطباء وان يتابعوا سير المطالب ... لم تلق المطالب المشروعة اية اذن صاغية وتماوت نصراء النميري من الاخوان المسلمين وحاولوا صرف الاطباء عن مطالبهم الحقيقية بالتلويح بمكاسب بذخية وقتها كجلب عربات بالاقساط المريحة وتعاونيات للمواد التموينية الشحيحة يومها وايضا التهيب والتذرع بالقوانين السبتمبرية الرهيبة .. الا ان كل ذلك لم يمنع الاطباء من تنظيم انفسهم بشكل يدعو للاعجاب فشكلنا لجانا للمستشفيات بالعاصمة وراسلنا الاقاليم ووزعنا بيانات النقابة بل توجهنا نحو المواطنين في الاحياء وامكن العمل بما سمح به العمل السري وقتها لشرح مطالبنا المهنية والنقابية والوطنية ايضا ... ولكن النظام وسدنته لم يأبهوا ولم يدركوا خطورة الوضع. اجتمع الأطباء وقرروا تنفيذ اضراب رمزي لمدة يوم واحد تظل فيه الحوادث تعمل بشكل طبيعي ...

لم يجد هذا الاجراء مما ازيد معه عناد الأطباء واصرارهم على التحدي ... ثم بدأنا نشعر بالتراخي من قبل قيادات اللجنة المركزية الذين يبدوا انهم تعرضوا لضغوط مزدوجة من امن النظام ولجوء شركائه الى التشكيك في نوايا الأطباء بأنهم يتراصون ضد الإسلام لا من اجل مطالب مشروعة كما يدعون ... ازيد الأطباء عزيمة على المضي في اضرابهم المتسلسل ثلاثة ايام ثم اسبوع واجتمعت جمعياتهم العمومية في ثلاثة وعشرين هيئة نقابية بجميع اقاليم ومدن السودان ... كان اجماعا رائعا ذلك الذي شهدته اشهر جمعية عمومية في دار نقابة اطباء السودان في مارس من العام 2004.

كان الاجتماع مفتوحا في الصالة الجنوبية وتحت الاشجار الشامخة في الباحة الجنوبية تكدست حشود الأطباء من كل اصقاع السودان يستمعون الى السرد المتواتر للهيئات النقابية التي اتفقت بلا نشاذ واحد على امهال الحكومة حتى تاريخ محدد من اواخر شهر مارس 1984 وفي حالة عدم الإيفاء بالتزاماتها بالاستجابة لجميع مطالب الاطباء النقابية والمهنية تنفيذ الاستقالات الجماعية أي Walk Out .. يومها حاول ثلاثة من أطباء الاتحاد الاشتراكي والسدنة اقناع نقيب الأطباء ونقيب الخرطوم "أكبر هيئة نقابية" بالاستقالة حتى يسقط المكتب التنفيذي للنقابة باستقالة النقيب ونائبه وثلاثة اعضاء دفعة واحدة حسب دستور النقابة 1972 والمعدل لاحقا 1986 ولكن ضغط القواعد وهتافها الصارم جعلهم يجزمون عن ذلك وبذلك لم تفلح مخططات الترابي لاسقاط النقابة وتمييع الاضراب واتخذ قرار Walk Out بالأغلبية الساحقة وبدأنا التنفيذ ..

قبل الإضراب بأسبوع قمنا بأخلاء المستشفيات من كل الحالات التي يمكنها الخروج وواقفنا استقبال كل الحالات الباردة واطرنا وزارة الصحة والسلاح الطبي ومستشفى الشرطة باننا بمجرد تقديم الاستقالات الجماعية سنكون خارج الخدمة وسيكون جميع مرضى السودان تحت مسئوليتهم ومسئولية النظام العنيد بأكمله .. وبالفعل في الصباح الباكر من يوم السبت المشهود ذلك توجهنا نحن شباب الأطباء إلى العنابر التي خلت من معظم نزلاتها ولم يبق إلا عدد محدود هو الذي اخطرنا الجهات السابقة الذكر بتفاصيل حالاتهم وعلاجاتهم ومكانهم وقف كل طبيب منا بأحد العنابر وشرحنا للمرضى والمرافقين بالتفصيل بأن اضرابنا ليس موجها ضدهم انما هو لانقاذ ما تبقى من الخدمات الصحية بان نضع النظام أمام مسئولياته تجاه المرضى والأطباء والخدمات والمستشفيات ... كان الموقف مؤثرا ومذهلا في وقت واحد ... اذكر انني كنت اشرح وتخفني العبرات في مواضع كثيرة ولكن الذي اذهلنا هو أننا بدلا من أن نقابل من المرضى ومرافقيهم باللوم وهم يفقدون اهم الحاديين عليهم انهال التصفيق والزغاريد منهم حتى المرضى وحينما



خرجت جموع الاطباء من المستشفيات جميعها في كل انحاء السودان في وقت واحد .. هو العاشرة صباحا في بالطواتهم البيضاء يحملون لافتات بيضاء بها شعارات توضح مطالبهم ومواقفهم تجاه تعنت النظام وسدنته ... وحينما تقدمنا نقيب الاطباء ونقباء الفرعيات والقيادات التاريخية الصلبة وتحرك الموكب من امام الباب الجنوبي لمستشفى الخرطوم التعليمي مارا بمستشفى الذرة ثم انحدر شمالا في شارع القصر ... حينما حدث ذلك المشهد المهيب احتشد الجمهور على جانبي الشارع بطول شارع القصر يصفق ويغررد وكانت الدموع تنسال من اوجه الاطباء والجمهور على السواء ... خاصة عند مرورنا بكلية طب الخرطوم حيث وضع اتحادهم مكبرات الصوت في البوابة الخارجية وهدرت الاناشيد الوطنية خاصة "المحمة"

لما الليل الظالم طول ❖❖❖ وفجر النور من عينا اتحول

قلنا نعيد الماضي الاول

ماضي جدودنا الهزموا الباغى وهدوا قلاع الظلم الطاغى

هذا المشهد بالذات جعلني وانا احمل احدى اللافتات اهتز بالبكاء لا ادري أهو التأثر بهذا الوفاء الذي استقبل به الشعب السوداني تضحية اطباءه بمهنتهم التي لم يخلقوا إلا لها أم هو الشعور بالظلم الذي أوقعه الطاغية نميري بهذه المهنة الانسانية المقدسة وحرصه وسأنده فيها سدنته من الاسلاميين المنتفعين سياسيا من كسر شوكة اقوى نقابة مهنية مطلبية في الوطن ... على كل اعتقد شخصا ان نميري كان من الغباء بحيث انه لم يقرأ بداية نهاية حكمه في ذلك الحدث الفريد والعظيم وأغلب الظن أنه كان يعتقد مخدوعا بإمكانية عكس النتائج بمجرد التهديد عبر خطاب متهور باننا إذا لم نعد للعمل فورا فسنواجه حكمي الاعدام والسجن المؤبد.

كنا قد اقمنا مراكز تطوع في خيام، مستشفيات متحركة نصبناها في مناطق مختلفة وظللنا نقدم من خلالها خدمات تطوعية للمواطنين بشكل محدود بقدر ما تسمح به امكاناتنا الدوائية والمهنية التي جمعناها وبمجرد سماعنا لخطاب التهديد حاولت القيادة الاجتماع بدار الاطباء الا ان قوات الامن والجيش احتلتها بالدبابات ... ولأننا كنا قد احكمنا خططنا البديلة تحول الاجتماع الى كلية الطب التي ضاقت بجماهير الاطباء حيث انضمت اليهم جماهير طلابهم الثائرين والمعجبين باساتذتهم وقوتهم الوطنية المناضلة فوقع جهاز الامن في مأزق حاد زاد من حدته رفعنا للتطوع والقاء العيب بأكمله على النظام وسدنته الذي حاولت عناصره مساومة بعض عناصر القيادة من الاسلاميين، توجهها وليس تنظيميا، ولكن القواعد كانت معبأة وواعية تماما مثل هذه المحاولات فلم تجد القيادة مناصا من الامتثال لارادتها ومتابعة التحدي ... طلب نميري الدعم من نقابة الاطباء المصريين لارسال اطباء فاجابوه بان وضعنا اجبر زملاءهم اطباء السودان للوصول لهذا الحد الذي يدفعهم للاستقالة الجماعية لهو وضع لا يتشرفون بمساندته كذلك فعل المساعدين الطبيين السودانيين ورفضوا تزوير مهنة الطب .. وهنا جاءت الطامة الكبرى لنميري ومستشاره وسدنته حيث اعلنت هيئة الصحة العالمية انها ستعبر السودان منطقة غير مغطاة صحيا وبالتالي ستحظر السفر من وإلى السودان، أي عزله واعتباره كرتيئة كبيرة. حاول جهاز الامن ورئيسه اللواء عمر محمد الطيب اغلاق كلية الطب حتى يتشنت الاطباء ويسهل اجهاض حركتهم فتحولنا الى الخطة البديلة وذلك بالجوء إلى دار اساتذة جامعة الخرطوم حيث احتل الامن ايضا دار المهندس التي كنا ننوي الاعتصام بها ... هنا ادرك نميري ان مستشاريه وسدنته قد اوقعوا به في مأزق تاريخي خطير .. فالوضع الصحي يتردى بشكل مخيف ومستشفى الشرطة والسلاح الطبي شلتها اكداس المرضى وقلة الامكانيات واضراب الاطباء المدنيين مع زملائهم وصار الوضع كله يهدد بانفجار انتفاضة شعبية ستطيح بلا شك بكل النظام المايوي الاسلامي ... اتخذ نميري قراره بقطع زيارته لبورتسودان والحضور فورا للخرطوم.

كان عمر محمد الطيب قد اعتقل جميع اعضاء اللجنة التنفيذية وقيادة الاطباء الظاهرة في سجن كوبر كمحاولة اخيرة لشل الاضراب ولكننا كنا قد اعدنا ثلاثة لجان نقابات ظل فازداد الاطباء تصميميا على تحدي النظام وبدأت تظهر لأول مرة دعوة لتوسيع المطالب ليكون على رأسها اسقاط نظام نميري بكامله بالدعوى إلى عصيان مدني شامل الا ان حكمة الاطباء يومها اسقطت هذه الدعوة غير الناضجة والتي لا تتماشى مع صدقيتهم في عرض مطالبهم السابقين وبعودة نميري القى اللوم كله على عمر محمد الطيب وامر باحضار جميع الاطباء المعتقلين الى القصر وقزغ عمر ونوابه أمامهم وطلب ان يعرض عليه مطالب الاطباء بعد ان اعتذر لهم وصدق على جميع مطالبهم راجيا العودة إلى العمل صباح اليوم التالي. حملنا قياداتنا التي عادت إلينا سالمة منتصرة على اعناقنا هاتفين بحياة الوطن ونضال الاطباء وبقاء نقابة اطباء السودان حرة مستقلة ديمقراطية موحدة. حملناهم من صينية الاتحاد الاشتراكي إلى دار اساتذة جامعة الخرطوم وبعد ان خاطبت جماهيرها التي صمت الاذان بهتاف النصر اتخذ الاطباء قرارا فوريا برفع الاضراب ذلك المساء نفسه وكونت لجان اشرفت على استلام الاطباء نوبتجيتهم فورا وضاعفنا عدد الاطباء بكل الحوادث حتى نعوض شعبنا الذي عانى كثيرا جراء غرور وظلم وسوء تقدير نظام نميري وسدنته الاسلاميين لقدرة نقابة اطباء السودان العملاقة.

عندما عدنا الى المستشفيات تلك الليلة ... احتشدت الجماهير مهللة مزغررة مصففة وهاتفة لاطباءها المناضلين كذلك الكوادر المساعدة من مرضيين ومحضرين وفراشين وغيرهم فعانقونا وسالت دموع غالية، صادقة وغزيرة وعلمنا انهم رفضوا التعامل وخدمة القلة القليلة المتخالفة من الاطباء والذي بلغ عددهم في كل السودان 36 طبيبا فقط من مجموع اربعة الاف طبيب، يومها طردتهم الكوادر الطبية المساعدة من المستشفيات وفي اول اجتماع للجمعية العمومية المركزية صدر تجاههم قرار بوضعهم في قائمتين سوداويتين (أ) و(ب) حسب اشتراكهم في التخالط وتخذيذ الاضرار فحكم على الأولى بالمقاطعة التامة (لا يعودوا ولا يقودوا) وعلى الثانية بالعودة وحرمانهم من القيادة (يعودوا ولا يقودوا) ولكن بعد ان زال غضب الاطباء ونالوا مطالبهم ناشد نقيب الاطباء بالوكالة بعد الانتفاضة د. خالد ياجي اول جمعية عمومية بالعودة عن زملائهم الخاطئين واستجاب اطباء السودان النبلاء المتمسكون بأخلاق المهنة والزمالة وسامحهم فكيف ردوا الجميل؟! عند وقوع انقلاب الجبهة الإسلامية القومية كان اول انجازاتها وعلى رأس تنظيماتها هذه العناصر نفسها كان اول ما فعلته هو اعتقال وتشريد وتعذيب الاطباء وحظر نقاباتهم وقتل زملائهم والسكوت عن كل الجرائم التي ارتكبت بحقهم وحق نقابة اطباء السودان ذلك العملاق الذي أفتت بأنه شجرة الصندل كلما اصابتها ضربة فاس فاح شذاها يعطر كل ارجاء الوطن والى لقاء آخر لنروي قصة نضال اخرى كان توقيتها ايضا 28 مارس 1985 'انتفاضة مارس ابريل الظاهرة' وكانت بطلتها بحق نقابة اطباء السودان العملاقة.

مجلس التخصصات الطبية: الإهمال وجهل الطبيب وراء الأخطاء الطبية

د. سيد عبد القادر قنات
استشاري التخدير والإنعاش
sayedgannat7@hotmail.com

الطب هو رسالة إنسانية في المقام الأول قبل أن يكون مهنة في نظر البعض للثراء وجمع المال ، وفي وطننا الحبيب عرفت قبيلة الأطباء منذ عهد مدرسة كتشنر الطبية (نواة كلية الطب جامعة الخرطوم) ، بسلوكهم القويم ، وتمسكهم بأخلاقيات المهنة وأدابها ، وتجردهم ونكران الذات ، بل كانوا كلهم جميعا قدوة تحتذي ، ليس في مجال الطب ، وحده ، ولكن في جميع مناحي الحياة ، وقد تركوا بصماتهم علي أمتداد الوطن ، بل خارجه ، فلهم منا التجلة والتقدير والاحترام ، وان كان المقام يفرض علينا ذكر بروفيسير داؤود مصطفى ، وبروفيسير أحمد محمد الحسن ، ود. مغربي وبيومي والمرحوم بروف التجاني الماحي والمرحوم عمر بليل وأبراهيم مصطفى وأبراهيم عبد العزيز ود حداد ، وبروف بخيت وأدم فضل الله والظاهر فضل وعلي خوجلي وبروف سكر وبروف نصر الدين ود ساتي وعوض عمر ، ودكتور حسبو وطه بعشر ود. عبد الحليم محمد ، وبروف عبد العال ، والأسماء كثيرة جدا ولا يمكن حصرها في هذه العجالة ، كلهم جميعا كانت لهم الريادة والقيادة ، بل العلم والتجرد وحب الوطن (هذه أمثلة للذكر وليست للحصر وكتبت دون ترتيب) .

وزارة الصحة الاتحادية هي المخدم الأول للأطباء في السودان ، وقد كان الأطباء يعملون في جميع أصقاع الوطن دون كلل أو ملل ، بل كانوا يتسابقون للعمل فيما يسمى سلفا مناطق شدة ، وهي محصورة جدا ، ولكن اليوم كل السودان صار منطقة شدة بما في ذلك مستشفيات العاصمة القومية .

نحتاج لتوطين الضمير وليس توطين العلاج بالداخل

الجميع كانوا يدرسون في كلية الطب جامعة الخرطوم ، وهي كانت منارة للعلم ، ليس في السودان ولكن في العالمين العربي والأفريقي ، وكان يشار بالبنان لخريجها وكلهم جميعا كانوا علماء ، (مر حين من الدهر علي السودان كان مستوي الطب والأطباء فيه هو الأفضل في أفريقيا وفي أجزاء كثيرة من بلاد العالم الثالث ، وكان الطبيب الذي يتخرج من السودان ويتدرب

في مستشفياته يلقي الأعراف الفوري بقدراته وأمكانياته وكان أبتعات الأطباء السودانيين للخارج للتخصص سياسة مقررة ومتواصلة ساعدت علي خلق كوادر طبية نفاخر بها . ثم بدأ التدهور الذي أصاب كافة مرافق البلاد ونال الطب والأطباء منه بلاء شديدا) (جزء من كلمة الأيام 11/أكتوبر 2006)

هل تذكرون المرحوم بروف عمر بليل وأول عملية زراعة كلي في العالم العربي الأفريقي بمستشفى الشعب بالخرطوم ، وأبحاث بروف عبد الحميد سيد عمر وبروف الشيخ محجوب جعفر ، والآن يمكن أن تجد أسم بروف أحمد محمد الحسن في الشبكة العنكبوتية لأسهاماته العلمية .

كان المواطن السوداني أينما كان جغرافيا أو اجتماعيا يجد الرعاية الصحية وبالمجان داخل وخارج الوطن ، وكانت المستشفيات علي قلتها ، عندما كان طه القرشي في المستشفى ، قمة في النظافة والنظام والأداء والكفاءة والامكانيات ، هل تذكرون معمل أستاذك ونتيجة الفحوصات والتي ترسل بالتلغراف؟؟ هل تذكرون أرانيك التبليغ عن الأوبئة وفورا وفي شفافية كاملة؟؟ هل تذكرون الملحق الطبي بلندن والقاهرة؟؟ هل تذكرون الأمدادات الطبية وتوفير جميع الأدوية والمعدات والآلات الطبية في سلاسة وتنسيق؟؟

هل تذكرون كيف كانت تجري العمليات الجراحية تحت انارة الرتائن دون مكيف ومولدات وحوافز؟؟

كل الأطباء كانوا يتسابقون للعمل بمناطق الشدة كما أشرنا سلفا ، هل فكرتم لماذا كان ديدنهم هكذا ؟ هل تعلمون أنه بمجرد تخرج الطبيب ، تتم إجراءات تعيينه بوزارة الصحة، بل يعتبر تاريخ تعيينه يوم تخرجه من الخرطوم؟؟ المستشفيات كانت جاذبة للعمل أينما كانت ، حتي في صقع الجمل ، والطبيب حقوقه محفوظة وينالها دون شد وجذب ، ومميزات الأطباء كانت قمة في النظام والترتيب ، كل شيء كان مثاليا .

دخول الدولة نفسها كمستثمر في علاج مواطنيها وذلك بإنشاء الأجنحة الخاصة داخل المستشفيات العامة يؤدي الي خلل عظيم في تقديم الخدمة كما ونوعا

كلية طب الخرطوم ، نعم كانت واحدة ، ولكن نهاية الستينات وبداية السبعينات جاءت طب الجزيرة ثم طب جوبا ، وكانت كلية الطب بحق وحقيقة كلية طب من

جميع المناحي ، الطالب لا يدخلها الا بعد أن يكون قد أستوفي الشروط ، الأساتذة متفرغون للتدريس ليلا ونهارا ، بل لا يمارسون عملا خاصا ، وحتى الأطباء النواب غير مسموح لهم بمزاولة العمل الخاص ، والمكتبة جاهزة ، والداخلات جاهزة ، والمستشفيات جاهزة ، وجميع سبل التحصيل متوفرة دون أدني مشقة ، ولهذا كانت كلية الطب ، كلية طب بحق وحقيقة ، والمستشفى ، مستشفى تعليمي ، وليس لافته علي بوابته ، ولهذا كان الناتج أطباء يشار لهم بالبنان ، وكما قال الأستاذ محبوب محمد صالح : (كان مستوي الطب والأطباء في السودان هو الأفضل في أفريقيا وأجزاء كثيرة من العالم الثالث) .

من ناحية علمية بحثه وعندما يراد الوصول لتشخيص حالة ما ، علينا أن نعرف أولا بأن هنالك فعلا مشكلة ، لا أن نقفز للنتائج ، وهذه هي الخطوة الأولى في الطريق الصحيح والذي يجب أن نسلكه ، وبدون ذلك فأتنا نحرث في البحر ، وكما يقال : المابعرف ما تديهو الكاس يغرف ، يغرف ويكسر الكاس ويحير الناس ، وهذا هو الوضع والذي نحن بصدهه اليوم وتصريحات بروف صالح يس رئيس المجلس القومي السوداني للتخصصات الطبية ، وهو بدرجة وزير اتحادي ، وقد تقلد عدة مناصب في الحقل الطبي ومن ضمنها عميد كلية الطب جامعة الخرطوم ، ونائب مدير الجامعة ، ومدير جامعة الرباط الوطني ، ووصولاً للحقيقة والتي أفرد لها سيادته مؤتمرا صحفيا .

أولا نفر ونعترف بأن هنالك أخطاء طبية قد حدثت ، بل ستحدث مستقبلا ، وهذه الأخطاء الطبية موجودة في جميع المراكز العلاجية وبدرجات متفاوتة ، بل خارج الوطن في الدول المتقدمة جدا ، والخطأ الطبي قطعاً هو ليس خطأ شخص واحد هو الطبيب ، بل هو خطأ تيم طبي متكامل ، وفي بعض الحالات ، نعم ربما كان الخطأ ، خطأ الطبيب بكتابة جرعة أقل أو أكبر وحتى كتابة أكثر من عقار واحد في وصفة طبية لمرض واحد ، وهذا التقدير متروك للطبيب الذي يعالج تلك الحالة ، وبروف صالح يس ، ان كان حريصا علي تلافي هذا الخلل وتلك الأخطاء ، فقد عقد اتحاد أطباء السودان (غير المنتخب شرعيا) ندوة عن الأخطاء الطبية ، حضرها الأطباء والصحافة وممثل لديوان النائب العام (خبرة قانونية) والمجلس الطبي ، فلماذا لم يسجل حضورا ويدلي برأيه ووجهة نظره أمام تلك الندوة أو حتي ينوب غيره بإسم مجلس التخصصات .

والخطا الطبي قطعاً غير متعمد ، ويمكن أن نعرفه في أبسط صورته : أنه عدم المقدرة علي النصرف الصحيح والمطلوب من طبيب ما ، علما بأنه يفترض أن يتم هذا النصرف من معظم الأطباء بنفس كفاءة ودرجة ذلك الطبيب ، وليس المطلوب منه أن يتصرف فوق مقدرته وكفاءته العلمية ، ولكن بشرط أن تقوم الدولة بتوفير الحد الأدنى لمعينات تقديم تلك الخدمة الطبية المطلوبة ، زمانا ومكانا ، فكيف يعقل أن نطلب من طبيب ما إجراء عملية في ظروف أقل ما توصف به أنها JUNGLE MEDICINE ، أفبعد كل ذلك نطالب الطبيب وهو حتي في مستشفى تعليمي مجازا في العاصمة لا توفر له الامكانيات أن يكون خارقا ويملك عصي موسي ، بل حتي الأدوية المنقذة للحياة غير متوفرة ، وأن توفرت فإن البيروقراطية والروتين يقتلان المريض قبل صرفها ، وان احتاج المريض لنقطة دم فأين الطبيب بالاسعاف؟؟

سيدي البروف صالح يس ، وأنت قد تقلدت أرفع المناصب ، والآن أنت بدرجة وزير اتحادي ، ولكن هل لنا أن نكون أكثر شفافية ووضوحا ونحن نتحدث عن حياة المواطن السوداني وأنت تدافع عن الدولة كما جاء ضمن حديثك (أن الدولة لا تمتلك القدرة لوحدها للنهوض بعملية توطين العلاج بالداخل ، داعيا القطاع الخاص السوداني للدخول في مجال الاستثمار الطبي) ، سيدي البروف ، أنت درست في جميع مراحلك الدراسية وحتى فوق الجامعية علي نفقة محمد أحمد حتي وصلت الي ما فيه من علم ، ولكن هل نسألك عن المناطق التي عملت بها منذ تخرجك والي يومنا هذا ؟

هل ما توصلت اليه من قصور وأخطاء ومرض نفسي للأطباء هو وليد لحظة اليوم ؟

أم أن هذه تراكمات ونتيجة لأسباب ؟؟

وأنت عميدا لطب الخرطوم ماذا قدمت لتلافي هذا القصور ومرض الأطباء النفسي ؟ وهل هذا المرض وهم طلبة أم بعد التخرج ؟؟

وأنت ضمن مجلس أساتذة جامعة الخرطوم هل طرحت هذا الموضوع وأعطيته الاهتمام اللازم حتي تتلافي هذه الاشكالية مستقبلا ؟ وأنت مديرا لجامعة الرباط الوطني ما هي الأسس والمعايير التي وضعتها لتفادي هذا الخلل ؟؟ وأنت الآن رئيسا معيناً للمجلس القومي السوداني للتخصصات الطبية ، كم عدد الأطباء والذين تخصصوا في المجلس ونالوا شهادة بذلك منذ انشائه وحتى اليوم ؟؟ وهل يوجد بينهم من هو مريض نفسيا ؟؟ وهل يوجد بينهم من هو جاهل ؟؟ ومن يقوم بتدريبهم طيلة فترة التخصص وهم نواب المجلس ؟؟ سيدي البروف صالح يس وأنت بدرجة وزير اتحادي ومسئوليتك هي تخريج أطباء اختصاصيين للعمل في السودان ، فهل يمكن توضيح سياستك منذ استلام مهامكم ، وكم العدد المطلوب لكل تخصص حسب حوجة البلد ؟؟

كم هي تكلفة التخصص عندما استلمت أنت مهام المجلس وكم هي اليوم لمن يود أن يتخصص علي نفقته الخاصة ؟؟ هل تكرمت بزيارة المستشفيات التعليمية ولو عرضا للوقوف علي التجهيزات بتلك المستشفيات ؟؟ وأنت كنت ضمن الوفد والذي سافر لانجلترا لاقتناع أطباء المهجر بالعودة للسودان ، ولكن هل أنت شخصا مقتنع بأن المستشفيات الآن وبصورتها الراهنة جاذبة ؟ أليس لهم الحق في العمل خارج الوطن بما في ذلك المملكة العربية والخليج وغيرها وعندما يثرون ويكتنزون المال يأتون للسودان ؟؟

التي قدمت للأطباء لأي بلد خارج حدود من ثدي الوطنية وتربوا بنكران الذات والتضحية

كيف يعقل أن نطلب من طبيب ما أجراء عملية في ظروف أقل ما توصف به أنها
JUNGLE MEDICINE

وأنت ضمن الوفد ما هي الأجراءات بالداخل والذين لم يهاجروا اطلاقا المليون ميل ، بل أنهم قد رضعوا في حضان أخلاقيات المهنة وتمسحوا

من أجل محمد أحمد الذي أوصلهم لدرجات الأستاذية ، أليسوا هم أولي بأن تفرش لهم الدروب بالورود والرياحين وتذليل كل الصعاب من أجل أن ينالوا حقوقهم بالكامل ؟؟ انهم هم القابضون علي الجمر ويشربون الماء كدرا وطينا ، وغيرهم ما بين الاغتراب والأسفار والمناصب يشربون الماء صفوا من عرق وكد وجهه محمد أحمد .

أما حديثك عن دعوة القطاع الخاص للاستثمار في مجال العمل الطبي ، ألا تدري سيدي البروف أن الدولة نفسها قد دخلت كمستثمر في علاج مواطنيها وذلك بانشاء الأجنحة الخاصة داخل المستشفيات العامة ، وهذا يؤدي الي خلل عظيم في تقديم الخدمة كما ونوعا ؟؟ أليست الدولة مسؤولة عن صحة مواطنيها في جميع الظروف زمانا ومكانا وبالمجان ، أليس العلاج حق كفله الدستور الذي تتحدث عنه ؟؟ وان كانت الدولة قد رفعت يدها عن العلاج نهائيا ، فماذا يراد بها ، ولماذا يدفع المواطن ، بل بعضهم يبيع حتي عنقريبه ومعزاة لبن أطفاله من أجل حبة دواء ، أو تتعالج الحرة من ثديها ؟؟ وآخرون يظفرون بالبذلات والأسفار والمنح والحوافز، وآخرون بمجرد تعيينهم يبدلون سياراتهم ولو كانت جديدة لنج لأن سلفه قد أستعملها ، وكذلك تغيير المكاتب والديكور ، وكل ذلك علي حساب محمد أحمد المغلوب علي أمره ، أليس كذلك ؟؟

والطبيب مقدم الخدمة مهما كانت درجته ، هل تدري بروف صالح يس ، من يقوم بعلاجه هو شخصا أو أحد أفراد أسرته ؟؟ لا تقل لي التأمين الصحي أو خلافه ؟ هل يوجد سرير في أي مستشفى في السودان قد تم تخصيصه للأطباء وأسرههم ؟؟ هل تدري أن كثير من الأطباء سافروا للخارج وتعالجوا علي نفقتهم الخاصة ، بما فيهم بروفيسرات واستشاريون ، وقد ساعدهم زملائهم الأطباء في التكاليف ؟؟ ألم يتوفي جراح داخل العنبر وهو في المرور لأنه لم يملك تكلفة قسطرة القلب ؟؟ مآسي كثيرة جدا حلت بقبيلة الأطباء في الفترة الأخيرة ، جعلت البلد طاردة ، لأن من تقلد قيادة العمل الطبي ظلم الأطباء وأن ظلم ذوي القربى أشد مضاضة من الحسام المهند ، أليس كذلك ؟؟

الحديث عن كليات الطب لا ينتهي ، فهل يعقل أن يقبل طالب بنسبة أكثر من 90% وطالب آخر بنسبة قد تصل الي أقل من 60% ؟؟ بعض الكليات تم افتتاحها كما فقط ، ولا توجد أدني مقومات لها بما في ذلك السكن المريح للتحويل

، فهذا صار من سابع المستحيلات، ولكن !! هل يوجد العدد الكافي من الأساتذة لجميع الكورسات ؟؟ هل يعقل أن يشد الأستاذ الرحال لكلية طب ما ليقوم بتدريس كورس في ظرف أسبوعين علما بأن بعض الكليات تقوم بتدريسه في شهور ؟ مثلا الطب النفسي أين يتم تدريسه لجميع كليات الطب في السودان ؟؟ وكم عدد الأخصائيين ؟؟

هل يوجد العدد الكافي لتدريس العلوم الأساسية الأولية من تشريح وفسولوجي وكيمياء حيوية وخلافه ؟؟ وحتى العلوم الأكلينيكية هل يوجد العدد الكافي ؟ هل توجد الأسرة الكافية ؟ هل يتقبل المرضى أن يمر عليهم مئات الطلبة يوميا ؟؟

المجلس الطبي نعم هو أيضا قد تم تعيين أعضائه ، ومسئوليته عظيمة في التعليم الطبي ، ولكن نعتقد أن دوره مفقود ، فكيف يقوم أو يوافق علي فتح كلية طب دون وجود المقومات ؟؟ وكيف يوافق مع التعليم العالي بدخول طالب بنسبة أكثر من 90% وآخر بنسبة أقل من 60% ؟؟ هل يتأكد من أن المستشفيات الخاصة بهذه الكليات جاهزة عدة وعتادا ؟؟ أين يدرس طلبة كثير من كليات الطب اليوم وبالذات الكليات الخاصة ؟؟

نختم بحديث بروف صالح يس (أن أهداف المؤتمر العالمي لأصلاح التدريب الطبي في السودان الذي تستضيفه الخرطوم في نوفمبر القادم تتمثل في رفع مستوي أداء التدريب الطبي في السودان الي المستوي العالمي ، وتدريب الأطباء وحماية المرضى وتحسين الخدمات الطبية وأن المؤتمر يشارك فيه خبراء من بريطانيا والسعودية ومصر وباكستان ، تحت شعار اختصاصيون جدد لقرن جديد) ، ولكن بروف صالح أن العمود الفقري للخدمات الطبية بالسعودية هو الطبيب السوداني . وثانيا ألا تذكر كما أعتقد قول ممثل الصحة العالمية في نهاية الستينات بالسودان : (أن الأردن تحتاج لخمسين عام لتصل لمستوي الخدمات الطبية في السودان) ونضيف ونقول أن السودان اليوم يصرف في حدود 500 مليون دولار للعلاج بالأردن ، وأن السودان يحتاج لمائة عام لنصل لمستوي الخدمات الطبية بالأردن اليوم .

نحن نحتاج لتوطين الضمير وليس توطين العلاج بالداخل، وعندها سنحقق ما كانت عليه الخدمات الطبية في عهدها الذهبي ، بل ستقود قبيلة الأطباء سفينة الخدمات الطبية وستبز وتتفوق علي جميع دول الجوار ، فقط أن وضع الرجل المناسب في المكان المناسب هو الحل لكل مشاكل وخلل الخدمات الطبية ..

أن مسئولية المجلس الطبي واتحاد أطباء السودان (علما بأن كليهما معين ولم يأتي عن طريق انتخابات ديمقراطية شرعية) ووزارة الصحة الاتحادية والولائية وهي المخدم لعموم الأطباء في السودان ، وكل من له علاقة بالخدمات الطبية ، والأخوة القانونيين ، أن يدلي بدلوه فيما أشار اليه بروف صالح يس ، من جهل الأطباء وكثرة الأخطاء الطبية ، ومن أن الأطباء مرضانين نفسيا ، فكيف يمكن للمواطن السوداني المريض شخصا أو أحد أفراد أسرته ، أن يتعالج عند طبيب هو أصلا مريض نفسيا بحسب رأي وتصريح بروف صالح يس، بل يحتاج ذلك الطبيب نفسه لعلاج ، هل منكم من يفتي وصولا للحقيقة والتي ربما كان من ضمنها شهادة موثقة بأن هذا الطبيب ليس مريض نفسيا ولهذا يحق له مزاوله مهنة ورسالة الطب ؟؟؟؟

شكراً

تتقدم هيئة تحرير الحكمة بالشكر والتقدير للدكتور مجدي اسحق الذي غادر المملكة المتحدة عائداً لأرض الوطن بعد فترة عمل في المملكة المتحدة قاربت الستة عشر عاماً. عمل الدكتور مجدي نائباً لرئيس الهيئة النقابية لأطباء المملكة المتحدة وإيرلندا في هذه الدورة، وعمل ضمن أسرة تحرير مجلة الحكمة ممثلاً للمكتب التنفيذي ومساهماً نشطاً بالمقالات النيرة وبالآراء القيمة.

نتمنى للدكتور مجدي التوفيق في مجال عمله الجديد اخصائي للأمراض النفسية بمستشفى الخرطوم بحري ونأمل أن تتواصل مساهماته عبر مجلة الحكمة.

صوت الوتر السادس

الشاعر د. أبكر آدم إسماعيل

كان الصباح بهيا كوجه سلمي
في اول ساعةٍ تصبر فيها شمس افريقيا
وانا
حذاني مثقل بالطين والوسخ، الشوارع والهروب
لغتي حوار بالبنادق في زوايا العهر في زمنٍ عجيب
في تقاسيمي سراّبٍ داخلي.. مضغة من انبهار رابض خلف الجدار
وغارق في شبر ماء..
وأكون طاحون الهواء،
ومهبطاً للحابلين النابلين،
مركباً من خلصتين تدلنا فشوق الجبين،
مرارة الرقص المدارى المحاصر بالتصحر،
واستراتيجيا الصراع
وأدور في فلك الجهات الاربع.
أحتاجنى وطناً جديداً أو إليها عادلاً
بين الرصيف وبين هاتيك السماء-
أوسمها ذات البروج
وأريد وجهها آخراً
لحبيبةٍ تجتاز بي
نهر الضبابات المتاخم للخروج..
أكونها بالحب أول خارج من حبل مشنقة العصور الغاربة
لأدورن الوجع الخبأ في غضون الأزمنة لونا لعشق غامق..
متشرد في ليل أوعية القرون..
أو لا أكون..
وهكذا.. للشمس في عليانها سفر الدعاء
وضراعة الشجر الحزين الي النبي..
أنا وطيفك في دياكتيك عشق صامتٍ
ودمي توزع في النهارات الصبية ثم ضاع..
ثم ضاع على ملايين الفراسخ من ترانيم الجياع.
وعلى العبارات المسماة إنتقاءً بالحدائق، والهوى، والمهرجان..
بيني وبينك ريح أفق محتوى...
بيني وبينك ألف بحرٍ قاصدٍ.. صخبٌ.. قصيدٌ.. وألف امرأة نشيد
يا أيها الوطن المحاصر بالعبارات التوابل والوعيد.
من أين يبتدى إنتماؤك للجدور؟



أم ليس للجذر إنتماءً للتشكل في امتداد الحيز في البصر الحسير؟
- إذ كلما صعدت الى عينيك اغنية لها معناك -
أسقطك إنتماوك في وعاء البرجواز..
وكلما أوجزت ترتيب الحكايات القديمة في المسافة،
إحتواك الريح، أو القى حذاءك في عميق الأرتواز..
فالى متى..
ستظل رابعة الاتافى موقعا حتما لموقع سيرك الأزلى؟
والى متى..
سيظل صبرك وإحتمالك مستبداً بالهوى خلف الشبابيك العصية؟ فليكن..
بينى وبينك ماتبقى من مداد في دمي،
وسموم زندقة العصافير التي..
شربتك في زمن الغناء..
أرتاح فيك على الفصول القادمة،
وأفوت عندك كل يوم..
مثقلاً بالهم والحمى..
أراقب طلعة الشمس البهية،
أو أمارسك إنسجاماً - حرفة التنجيم في طرف الشوارع -
كى أوزع من الأقى - خلقك المشحون بالسحنات- في كل المنافى ، كى أنام .
وأنام في صفٍ طويل
متوسداً نعلى.. أكونك يارماد الحب ملتحقاً ترابك حاضناً تلك السماء ،
وفاتحاً بابى كبيراً للرياح القادمة .
متوسماً فيك الشفاعة والضراعة
والمواجيد العظيمة والقرى..
وأشيل سرك راحلاً بين الغيوم
يا أيها الوطن المحاصر بالهموم..
للشمس في عليانها سفر الدعاء،
وضراعة الشجر الحزين الى النبي
أنا وطيفك في دياكتيك عشقٍ صامتٍ

تسبب بمشادة بين وزيرة الصحة ونائب برلمانى:

د. عزان سعيد

ezzankunna@hotmail.com

العازل الذكري.. المفترى عليه!

لقد أثبت المسح المشار إليه إن طلاب الجامعات من أكثر المجموعات عرضة للإصابة بالإيدز ، حيث بلغت نسبة الإصابة بينهم 1,1% مما يعد مؤشرا مقلقا ، باعتبار أن هذه الشريحة هي الأكثر وعيا والأوسع تأثيرا فى حاضر ومستقبل البلاد.

أما المسح السلوكى بين طلاب الجامعات بولاية الخرطوم والذى قام به أحد الباحثين عام 2005 فقد أقر فيه عدد كبير من طلاب العينة البالغ عددهم 783 طالبا وطالبة بممارستهم الجنس خارج الإطار الشرعى بنسبة تبلغ 52% تقريبا ، أى أكثر من النصف ، أقر حوالى 78% منهم بقيامهم بذلك أكثر من مرة ، مارس 50% منهم الجنس مع شريك من داخل الجامعة ، كما إن نسبة الذين قاموا بذلك مع شركاء متعددين بلغت 77%.

والكارثة أن 41% فقط من هؤلاء الشباب أقر باستخدامه للعازل الذكري أثناء هذه الممارسات ، رغم أن هذه الشريحة كما ذكرنا هي الأكثر وعيا فى المجتمع والأجدر بأن يعلم أفرادها الكثير عن الإيدز وسبل الوقاية منه . وقد تتوعد أسباب عدم استعمال هؤلاء الشباب للعازل الذكري أثناء ممارستهم الخطيرة ، حيث أقر 20% منهم بعدم معرفتهم له ، بينما قال 16% منهم أنهم يحجمون عن شراء العازل خجلا من البائع فى الصيدلية ، و 11% لعدم إستطاعتهم المادية ، وكلها بطبيعة الحال أسباب تتعلق بعدم قدرة العاملين فى مجال الإيدز بالحديث عن العازل الذكري ودوره فى الحماية من الإيدز بحرية ، ناهيك عن توفيره وتوزيعه مجانا للمستهدفين ، نظرا للمحاذير التى ذكرنا فى بداية المقال.

إن فرية أن العازل الذكري يشجع على الرذيلة والتى عششت فى أذهان الكثيرين شد ما تذكرنى بفرية أن الأعضاء التناسلية الخارجية للمرأة تزيد من احتمالية إنزلاقها للخطأ التى راجت قديما وتسببت فى أكبر مجزرة فى تاريخ السودان أو ما يسمى بالخفاض الفرعونى والذى تعرضت بسببه ملايين السودانيات لإنتهاكات جسدية مؤلمة ما زلن يعانين من آثارها الممتدة مدى الحياة ، ووضعت بلادنا فى مقدمة الدول من حيث وفيات الأمهات أثناء الولادة.

إن العملية الجنسية لكى تحدث لا بد من توافر أربعة عناصر مهمة : شريكين وممر ومقر ، وفوق ذلك كله رغبة مشتركة فى القيام بهذا العمل . إن توفر أى من هذه العناصر الأربعة

حادثتان منفصلتان شجعتانى على كتابة هذا المقال بعد تردد دام رحا من الزمن . أولاهما ما أوردته صحف الخرطوم عن مشادة كلامية نشبت بين وزيرة الصحة الإتحادية ونائب من المؤتمر الوطنى تحت قبة البرلمان على خلفية حديث الوزيرة عن سياسة الوزارة فى مكافحة الإيدز والتى تتضمن توزيع العازل الذكري ، حيث طالبا النائب بسحب كلامها بدعوى أنه مناقض لإسلامية الدولة والمجتمع! أما الحادثة الثانية ، فهى تصريح السيد وزير الصحة بولاية الخرطوم فى لقاء مع مجلة الخرطوم الجديدة والذى أكد فيه أنه لا توجد دولة فى العالم توزع العازل الذكري مجانا ، وبالتالي فإن ذلك ليس من سياسات وزارته ، لأنها لو قامت بذلك فكأنها تشجع على الرذيلة ! الشئ الذى يناقض حديث الوزيرة الإتحادية أمام نواب البرلمان !

وقد جاء ترددى عن الخوض فى هذا الموضوع ، لأنه إذا كان الحديث عن الإيدز قد ظل محرما على وسائل الإعلام زمتنا طويلا ، فإن الحديث عن العازل الذكري لا زال شائكا ، إذ أنه لا يوجد فى العالم شئ قد أثار لغطا وشدا وجذبا مثل هذه القطعة البلاستيكية المسماة العازل الذكري والتى تستخدم كوسيلة للوقاية من الأمراض الجنسية بما فيها المرض الأكثر فتكا: الإيدز!

والإدعاء بأن العازل الذكري يشجع على نشر الرذيلة ينبنى أساسا على فرضية طهرية هذا المجتمع المطلقة التى يهدد هذا العازل الذكري تماسكها، أو طهريته النسبية التى سيحولها العازل إلى فساد مطلق !

إن دعوى طهرية المجتمع تتقازم أمام الإحصاءات والأرقام المستقاة من دراسات مثبتة . إن عددا لا يستهان به من شبابنا يمارس الجنس ، هذه حقيقة لن تكذبها الهتافات المنبرية ولن يخفيها دفن الرؤوس فى الرمال ، كما إن عددا كبيرا منهم أيضا يصاب بالإيدز لعدم إستعمالهم للعازل الذى يحارب بدعوى تشجيعه على الرذيلة !

لقد أوضح المسح البيولوجى الذى أجراه البرنامج القومى لمكافحة الإيدز عام 2002 أن نسبة الإصابة بالفيروس بالبلاد تقدر بحوالى 1,6% ، وقد ارتفعت هذه النسبة الآن ، حسب تقديرات الوزيرة أمام البرلمان إلى 2% ، وما زالت فى تزايد مستمر نظرا لقلّة وعى المواطنين بوسائل الإنتقال ووسائل الحماية التى يمثل العازل الذكري أهم عناصرها.



من غير رغبة لاي معنى شيئاً، وإذا توفرت الرغبة فإن وجود العازل الذكري من عدمه أيضا لا يعنى شيئاً.

فإذا قمت بتقديم العازل الذكري لشخص لا يملك أصلا الفكرة والإستعداد النفسى والإخلاقى لممارسة الجنس فلن يساوى له أكثر من قطعة بلاستيكية ، والعكس للأسف صحيح : فإن عدم وجود العازل الذكري مع توفر الرغبة والإستعداد سوف لن يردع أحدا من ممارسة الجنس وهو ما وضع جليا فى البحث الذى أشرنا إليه .

إن سياسة الإنكار والتستر وراء شعارات طهرية المجتمع بدلا عن الإعتراف بالمشكلة ومواجهتها سيورد هذه البلاد موارد الردى . لقد إستطاعت الدول الأفريقية المحيطة بنا السيطرة على وباء الإيدز رغم معدلات الإصابة العالية فقط لأنها إعترفت بالمشكلة وقررت مجابقتها بكل قوة . لقد حاولت دولة أفريقية مجاورة إخفاء الحقائق لكى لا تتضرر السياحة فصحت ذات يوم لتجد أن معدل الإصابة بالإيدز قد بلغ 40% وأن شعبها معرض للإنقراض ، ولم يتحرج رئيس هذه الدولة من أن يظهر بنفسه فى التلفاز حاملا العازل الذكري ومروجاً له . إن جميع الدول الأفريقية قد تبنت ثقافة الترويج للعازل الذكري ورصد مبالغ مالية مهولة لتوزيعه مجانا للمواطنين فى كل مكان للوقاية من خطر الإيدز الذى يهدد المجتمع والإقتصاد وحتى كينونة الأمم ، لدرجة أن المواطن الأمى الجاهل والبسيط هناك يعلم عن العازل الذكري ودوره فى الوقاية من الإيدز أكثر مما يعلمه الكثير من طلاب جامعاتنا كما أشار البحث المذكور آنفا. وكما ذكرنا، فقد إستطاعت هذه الدول بالفعل من السيطرة على معدلات الإيدز بل وخفضها أيضا ، بينما لا تزال الدولة الأفريقية الوحيدة التى تأخذ معدلات الإصابة بالإيدز منحنى صاعدا ، بينما نغرق فى الجدل حول مشروعية توزيع العازل الذكري.

إن سياسة مكافحة الإيدز التى أقرتها وزارة الصحة تقوم على ثلاثة عناصر أساسية : الإمتناع عن ممارسة الجنس خارج إطار الزواج ، والإخلاص للشريك ، وإستخدام العازل الذكري . لذا نجد أن الترويج للعازل الذكري وتوزيعه مجانا لغير الملتزمين بالعنصر الأول والثانى وهم كثر، من أهم إستراتيجيات البرنامج القومى لمكافحة الإيدز رغم ما يجابهها من هجوم من فئات كثيرة ، مع إن إستعمال العازل الذكري عند ممارسة الجنس يعد أخف الضررين مقارنة بالإصابة بالإيدز وما يترتب عليها من ضرر بالغ يتعدى الفرد للأسرة والمجتمع والأمة.

وقد أعجبتنى قصة أوردها الشيخ محمد هاشم الحكيم فى الدلالة على هذا الأمر ، فقد قال إنه جاء رجل للإمام الجوزى فقال : لقد زنيت بامرأة وحبلت منى فماذا أفعل ؟ فقال له الإمام : يا هذا إذا كنت لايد فاعلا فهلا عزلت لكى لا تجعل الإثم إثمين إثم الزنا وإثم الولد؟! ونستطيع أن نقول إن العازل الذكري هو الوسيلة العصرية للعزل.

إن العازل الذكري هو خيارنا الوحيد إذا لم يلتزم بعض شبابنا بالعفة والطريق القويم ، وإذا كانوا (لابد فاعلين).

تبنت جميع الدول الأفريقية ثقافة الترويج للعازل الذكري ورصد مبالغ مالية مهولة لتوزيعه مجانا للمواطنين فى كل مكان للوقاية من خطر الإيدز

نسبة الإصابة بفيروس الأيدز فى البلاد ارتفعت الى 2%

نسبة الإصابة بفيروس الأيدز وسط طلاب الجامعات بلغت 1.1%

إن الوقوف ضد الترويج للعازل الذكري وتوزيعه للفئات ذات الممارسات الخطرة جريمة لن يعلم مرتكبوها ما جنت أيديهم إلا بعد فوات الأوان. إن الإيدز لم يعد عفريتا مخيفا من عفاريت الأساطير ، لقد غدا بيننا فى كل مكان، ينتقى ضحاياه من خيرة شبابنا ويهدد حاضر الأمة ومستقبلها.

فلنوصى شبابنا بالعفة ، أو فليعزلوا إذا كانوا لابد فاعلين ، وليحفظ الله هذه البلاد.

نقلًا عن سودانايل 17 يونيو 2006

مستشفيات خاصة وكليات خاصة

الاستثمار .. طباً ..

د. عزان سعيد

ezzankunna@hotmail.com

مستشفيات الدولة.

كما إن سعى هذه المستشفيات الخاصة إلى الربح بهذا الشكل ، أدى ويؤدى إلى تجاوزات خطيرة لأخلاقيات المهنة الطبية المعروفة فى بعضها ، مثل الإمتناع عن علاج المرضى غير القادرين ، أو لجوء بعض الإختصاصيين إلى عمل رسم دخول عادى ومستعجل للقادرين ممن لا يحبون الإنتظار وغير ذلك مما لا نحب تفصيله.

حضرت إحدى السيدات فى حالة ولادة طبيعية إلى أحد المستشفيات الخاصة ، وهو المستشفى الذى قامت بمتابعة الحمل فيه مع الإختصاصى الذى يملكه. إلا أن السيدة المذكورة تعرضت إلى تقدم الحبل السرى ، وهى حالة طارئة تستدعى التدخل الجراحى السريع لإنقاذ الجنين . وبالفعل حضر الإختصاصى المذكور وأمر الطاقم الطبى بتجهيز المريضة لعملية قيصرية مستعجلة ، وكانت الطامة الكبرى عندما علم أن المريضة لا تملك ملايين العملية ، وأنها جاءت فقط تحمل رسوم الولادة الطبيعية ، فما كان منه إلا أن أمر بتحويلها إلى أقرب مستشفى حكومى ، وأمر بتجهيز مريضة أخرى معدة سلفاً لعملية قيصرية باردة ، مدفوعة الرسوم بالطبع !

حتى الأطباء أنفسهم لم يسلموا من غلواء بعض زملائهم ، فالطبيب يعامل من بعض المستشفيات الخاصة معاملة (الزبون) العادى! زميل لنا ذهب بأخته إلى أحد الإختصاصيين ، ودفع رسوم الكشف كاملة ، وقدم للإختصاصى شرحاً ضافياً لحالة أخته بالمصطلحات الطبية . ولم يبد على الإختصاصى الذى خشى على قيمة التذكرة أنه قد أدرك أن محدثه طبيب ، وفى النهاية مد لزميلنا ورقة قائلاً : يا (أستاذ!) أختك دى محتاجة لبعض الفحوصات !

وقد ذكرنى ذلك حكاية ساقها الجاحظ للتدليل على بخل أهل مرو ، فقد ذكر أن أحدهم زار صديقاً له فى مكة فرحب به أشد ترحيب ، وأكرمه أيما إكرام ، فقال له وقد أذن بالرحيل : ليتك جئتنا فى مرو فنرد لك بعض صنيعة ! وصادف أن سافر المكى إلى تلك المنطقة ، وتذكر صديقة فذهب يزوره ، ولما رآه ينظر إليه نظرات المنكر خلع عباءته لظنه أنها قد غيرت شكله ، ولما لم يعرفه المروزي خلع العمامة ، فالقلنسوة ، ولما هم بخلع الجبة قال له المروزي: يا هذا ، والله لو خرجت من جلدك ما عرفتك !

ما ذكرناه غيظ من فيض ، وكل هذا يوجب تدخل وزارة الصحة والمجلس الطبى لمراجعة شاملة لأداء هذه المستشفيات ، وما تقدمه من خدمات واستحقاقية هذه الخدمات للرسوم العالية التى تدفع إزاءها ، حتى لو تطلب الأمر وضع تعريفية موحدة للفحوصات والعمليات الطبية المختلفة فى كل المستشفيات الخاصة ، كل هذا للحد من تحول الطب لسلعة استثمارية ووسيلة للثراء وجنى الأموال.

لا يختلف إثنان على أن الطب مهنة إنسانية ورسالة سامية مقصدها الأول صيانة وحماية حياة الإنسان وحفظها ، ولما كان هذا هو الهدف الأول والأسمى للطب ، كانت الأهداف الأخرى دائماً فى أدنى إهتمامات الأطباء .

ولكن ، مع الذى نراه الآن من تسابق بعض كبار الأطباء وبعض رجال الأعمال لجعل الطب تجارة تزيد بها دخولهم وتنتعش بها إستثماراتهم ، يبدو أن هذه المفاهيم المقدسة قد تغيرت ، وأن أخلاقيات ممارسة مهنة الطب فى السودان قد أتيت من بعض ممن يفترض بهم أن يذودوا عن حماها .

وقد إتخذ الإستثمار الطبى فى السودان عدة أشكال :

❖ الإستثمار فى إنشاء المستشفيات الخاصة ذات تكاليف العلاج المرتفعة.

❖ الإستثمار فى التعليم الطبى عبر إنشاء كليات طب خاصة ، إستغلالاً لما بقى من بريق زائل للطب فى نظر كثير من الأسر المستعدة لدفع الملايين لأبنائهم من أجل لقب (طبيب).

المستشفيات الخاصة :

لا ننكر أن سياسات الدولة تجاه الصحة ، التى أصبحت فى آخر إهتمامات أصحاب المشروع الحضارى ، للدرجة التى أصبح فيها إنفاق الدولة على الصحة أقل من دولار واحد لكل مواطن فى السنة (وهذا كلام الأستاذة إحسان الغبشاوى عندما كانت وزيرة للصحة) ، لا ننكر أن هذه السياسات ، وما صاحبها من التضيق على كبار الأطباء ومصادرة حقوقهم النقابية ، ومن ثم هروبهم خارج السودان ، قد أدى إلى تدهور مريع فى الخدمات الصحية فى السودان ، مما دفع القادرين إلى البحث عن الخدمات الصحية خارج المستشفيات الحكومية التى تحولت إلى أماكن لا تليق بالإنسانية على مستوى البيئة والخدمات.

هنا ، نشأت المستشفيات الخاصة بكثافة كرد فعل لعدم قدرة المستشفيات الحكومية على تقديم خدمة طبية لائقة الشكل والمضمون. والغريب أن هذه المستشفيات لاقت الدعم والتشجيع الرسمى ، وإشادات المسؤولين الذين ما فتئوا فى حفلات الإفتتاح البهيجة يذكروننا بأن هذه خطوة عظيمة فى إطار تقليل معاناة المواطنين ، وتوطين العلاج بالداخل ، ناسين أو متناسين أن هذه المستشفيات لم تقم لخدمة المواطنين الذين قال هؤلاء المسؤولون أنهم جاؤوا لرفع المعاناة عنهم ، وأن الدخول لهذه المستشفيات يتطلب جيب مليء وحساب بنكى متخم ، وإلا قذف بك خارجاً!

سعى هذه المستشفيات إلى الربح ، أو على الأقل تغطية نفقات التسيير ، وتنافسها الحاد فى ما بينها ، أدى إلى تحولها شيئاً فشيئاً إلى ما يشبه فنادق الخمس نجوم ، وتحولت إلى أدوات جباية هدفها الأول جمع أكبر قدر ممكن من مال المريض ، عبر الفحوصات باهظة الثمن ، واستدعاءات الإختصاصيين ورسوم مرورهم اليومى على مرضاهم التى تقفز بالفاتورة إلى أرقام فلكية ناهيك عن تكلفة العمليات والإقامة.

ليس هناك مشكلة ما دام هناك من يعلم بالتكاليف العالية لهذه المستشفيات ويذهب إليها طائعاً مختاراً ، ولكن ما يقلق حقا أن لا يحس رجال الدولة ، الذين يتلقون علاجهم بطبيعة الحال فى المستشفيات الخاصة ، بما يلقاه وما لا يلقاه مواطنهم فى

الكلية الخاصة :

كما هو معروف فقد صاحب ما يسمى بثورة التعليم العالي في أوائل التسعينات زيادة هائلة في أعداد كليات الطب بالبلاد ، حيث عمدت كل الجامعات الوليدة للإبتداء بكليات الطب ، بغض النظر عن حاجة البلاد الفعلية لهذا الكم الهائل من الكليات ، حيث لم تستصحب سياسة التوسع التي قصد منها الكسب السياسي في المقام الأول ، تهيئة البيئة المناسبة أو الكادر الأكاديمي أو المستشفيات التعليمية لتدريب الطلاب والأطباء الخريجين ، الذين يجلس مئات منهم الآن في رصيف إنتظار الوظيفة كنتاج متوقع لما حدث.

بلغ عدد كليات الطب في السودان عام 2002 خمس وعشرين كلية طب ، أي ما يمثل 25% من كليات الطب في العالم العربي (عدد كليات الطب في بريطانيا العظمى 27 ، شبه القارة الأسترالية 10) الشيء الذي دفع ب/ على برى وكيل وزارة التعليم العالي وقتها إلى الإعلان في ندوة أقمناها في كلية الطب جامعة الخرطوم عن كليات الطب الجديدة عن أن وزارته سوف لن تسمح بقيام أى كلية طب جديدة ، وأن العدد الموجود كافي ! تمثل كليات الطب الخاصة نسبة مقدرة من مجموع كليات الطب في السودان ، وما زالت إدارة التعليم الأهلي والأجنبي تمنح التراخيص بقيام المزيد من الكليات ، رغم حديث البروفيسر برى.

لا يمكن أن يقال بعد ما ذكرنا أن هدف قيام هذه الكليات الخاصة هو حاجة السودان للأطباء ، فالكليات الحكومية تكفي وتزيد ، وخريجو الطب ذاقوا علقم العطالة والأعمال الجانبية لأول مرة في تاريخ الطب في السودان!

وهنا يحضرني حديث لأبي الطب في السودان ب/ داؤود مصطفى في ندوة عن كليات الطب الخاصة أقيمت عام 2000 في كلية الطب جامعة الخرطوم : أنه (ما صاح) أن يقيم أحد الأغنياء كلية للطب ليصبح من عاؤها أغنى!

ويبدو أن الأمر كما قال ب. داؤود بالضبط ، فقد أصبح إنشاء كلية طب إستثمارا مضمونا ، يتسابق إليه أصحاب المال وبعض كبار الأطباء ، خاصة في وجود المغتربين والأغنياء الذين يرغبون لأبنائهم دراسة الطب بأى ثمن . وبالنظر إلى هذه الكليات يلاحظ الآتى :

❖ كل كليات الطب الخاصة والتي بلغ عددها حتى الآن تسع كليات موجودة داخل العاصمة مما يعنى أن مؤسسيتها غير معنيين بخدمة البلاد بل بخدمة قطاع معين يتواجد داخل العاصمة.

❖ كل هذه الكليات بدأت بكليات القمة ذات الإقبال من أولياء الأمور ولم يجازف معظمها في تجربة مجالات أخرى مفيدة للبلاد خشية الخسارة ، بل إن معظم هذه الكليات تأخذ مسمى كلية ولا تنصوى تحت مسمى جامعة ، وهنا يحضرني تعليق أسناذنا ب. الضو مختار حفظة الله في معرض تنبيهه على خطورة هذه الظاهرة بأن درجة البكالوريوس لا تمنح إلا من جامعة ، وأن منح البكالوريوس من مسمى آخر بدعة لا توجد إلا في السودان .

❖ لم تقم معظم هذه الكليات بإنشاء مستشفيات تعليمية خاصة بها - الشيء الذي يكلفها أموالا طائلة للإنشاء والتسيير تتنافى مع الإستثمار السهل مضمون النتائج - وعمدت إلى تدريب طلابها في المستشفيات الحكومية المرهقة أصلا من الأعداد الكبيرة لطلاب الجامعات الحكومية . وكان يجب على وزارة التعليم العالي عدم منح التصديق للكلية إلا بعد إنشاء وتجهيز المستشفى التعليمي ، وهذا هو المتبع في كل مكان ، ففي مصر مثلا كليتي طب خاصتين فقط لم تمنحنا التصديق بالعمل إلا بعد إفتتاح مستشفياتها التعليمية . وهنا نتساءل : ما ذنب المريض

❖ إنفاق الدولة على الصحة أقل من دولار واحد لكل مواطن في السنة

❖ نشأت المستشفيات الخاصة بكثافة كرد فعل لعدم قدرة المستشفيات الحكومية على تقديم خدمة طبية لائقة الشكل والمضمون

❖ بلغ عدد كليات الطب في السودان عام 2002 خمس وعشرين كلية طب بينما عدد كليات الطب في بريطانيا العظمى 27 و شبه القارة الأسترالية 10

الذى يتدرب عليه طلاب الكليات الخاصة ويجنى من ورائه أصحابها أرباحا طائلة؟

❖ عمدت هذه الكليات إلى إتباع سياسات مرنة في القبول سعيا إلى (التكويش) على أكبر عدد من الطلاب ، وبالتالي زيادة الدخل ونجاح الإستثمار ! حتى إن نسب دخول كلية الطب في بعض هذه الكليات لم تتجاوز 50% ! فإذا كانت هذه الكليات تقبل طلابها بهذه النسب المتدنية فما الذى يضمن عدم التساهل في النظم الأكاديمية ونظم التدريب والتقييم ، وبالتالي لفظ هذه الكليات لخريجين غير مؤهلين بالمرة ؟

❖ بعض هذه الكليات تدار كإقطاعيات خاصة تفتقر إلى المؤسسية والنظم الجامعية المعروفة ، أحد مالكي هذه الكليات قام بفصل أحد زملائنا (مساعد تدریس) -لأنهم رفعوا له مذكرة تطالب بحقوقهم وتهدد بالتوقف عن العمل - بعد أن نعته وزملائه بأنهم (شوية صعاليك حاقدين) (وإنتو قايلين ده عملناهو بالساهل !)

بل إن أحدهم هدد طلابه بأنه سيحول المبنى إلى مصنع إذا استمروا في الإحتجاج مطالبين بحقوقهم الدستورية في إتحاد يمثلهم !

في نقاش جمعني بأحد خريجي هذه الكليات فاخرني بنظامهم المتطور والمتمنحين الأجانب الذين زاروا كليتهم . قلت له أن الفرق بين كلية الطب جامعة الخرطوم وبين الكليات الخاصة في المؤسسية ، فإذا حدث لا سمح الله أن انقضت صاعقة على كليتنا بما فيها ومن فيها فإنها ستنهض من تحت الرماد كطائر النار ، بينما كلياتكم تسمى بكلية فلان وعلان ، فماذا إن ذهبوا؟

الغريب أن جميع كبار الأطباء والمسؤولين بالصحة والتعليم العالي والمجلس الطبى يعلمون ما ذكرنا وأكثر ، ويقف معظمهم موقفا معارضا لإنشاء المزيد من هذه الكليات ، ورغم ذلك نفاجأ كل فترة بلافتة جديدة في مبنى مؤجر تحمل اسم كلية طب جديدة ، فما سر هذه الأيدي الخفية التى تصر على تحويل التعليم الطبى السودانى ناصع التاريخ والإنجازات إلى تجارة واستثمار ومطية للذين - كما قال ب. داؤود حفظة الله - يريدون أن يصبحوا به أغنى ؟

نقلًا عن سودانايل 4 ديسمبر 2005

مؤتمر الصحة في السودان بعد إحلال السلام



انعقد بمدينة برمنجهام مؤتمر (الصحة في السودان بعد إحلال السلام) في يوم 29 أبريل 2006. وخطب المؤتمر الدكتورة تابيدا بطرس شوكاى وزيرة الصحة الاتحادية، والدكتور البروفسور ابراهيم محمد عبد الرحيم "سكر" ممثل هيئة الصحة العالمية WHO ، والدكتورة هدى حسن إستشاري الصحة العامة، والدكتور احمد عباس نقيب الأطباء بالملكة المتحدة وايرلندا، والدكتور هاني فوزي استشاري أمراض النساء والولادة بمدينة نيوكاسل، والدكتور سيف الدين محمد بابكر استشاري الأطفال بمدينة بيتزبرة، والدكتور ابراهيم الفحل استشاري أمراض الكلى بمنطقة اسكس.. ننشر فى هذا العدد الورقة المقدمة من الدكتورة تابيدا شوكاى وزيرة الصحة، والورقة المقدمة من الدكتورة هدى حسن والورقة المقدمة من البروفسور ابراهيم محمد عبد الرحيم وسنواصل نشر بقية الأوراق العلمية فى العدد القادم من الحكمة.

فى البرنامج الاجتماعي أقيم حفل ساهر أحياء الفنان عاصم البنا والفنان ايمانويل جال.



كاريكاتيه





بروفسور أحمد الصافي

خبز وحشيش وقمر



فى النصف الثانى من عام 1967 .. بعد حرب الأيام الستة و"النكسة" .. خرج على العالم العربى الاستاذ الشاعر نزار قبانى بقصيدته الشهيرة جداً - خبز وحشيش وقمر- وعدت فى زمانها تشريحا دقيقا للوضع العربى آنذاك.. وتشخيصا إكلينيكا لأسباب "الانهيار" الذى غشى الأمة العربية .. وتداولها الإعلام بشكل مكثف .. وانقسم حولها الناس .. البعض يرى فيها ايجابية النقد البناء واستنهاض الهمم .. والآخر يرى فيها سواد السلبية وكشف العورات للاءعداء ومنهم من رأى أن فيها نقداً مباشراً للزعيم جمال عبد الناصر واسلوب حكمه ..

زار نزار قبانى السودان فى تلك الفترة (68 - 69) وفى احدى الجلسات الخاصة فى منزل الاستاذ الدبلوماسى الكبير جمال محمد احمد، قام الدكتور البروفسور التجانى الماحى بترجمتها من العربية الى الانجليزية، كما قام الدكتور البروفسور احمد الصافى (الطالب

بكلية الطب آنذاك) بنشرها فى مجلة الحكيم الناطقة بلسان حال اتحاد طلاب كلية الطب جامعة الخرطوم والتي كان يرأس تحريرها وذلك فى عدد يونيو 1969 العدد رقم 3 المجلد رقم 7.

جاء فى تقديم هذه القصيدة بقلم المحرر د. احمد الصافى:-

"We have chosen this poem in particular because it represents, we believe, the spirit of contemporary Arab poetry both in form and content. In addition, it portrays the East with great honesty, sincerity and courage. It is in fact a genuine attempt from the part of the poet to diagnose the ailments of his kinsfolk as a necessary prerequisite for a cure."

ونحن فى الحكمة نعيد نشر القصيدة بشقيها .. الأصل العربى والترجمة الانجليزية، بعد ما يقارب ال 40 عاما حتى تطلع الاجيال الجديدة على ما كان يقوم به رصفاؤهم فى كلية الطب فى مجال الأدب والاهتمام بالقضايا القومية.

Bread, Hashish and a Moon
By the great Arab poet, thinker, and humanist Nizar Gabbani
Part 1: Introduction
By Gamal Mohamed Ahmed

Nizar's poem created a stir when it was published a few years ago. It belongs to a period in Nizar's progress as a poet that is now obscured by the ho ha that some thought overcritical –myself included. The poem that delighted many anti-Nasser folk soon after the June war gave rise to speculations that the 'Sultan' with the gendarme was no body else but Nasser, and poets of conviction came up with their own view of things – one of them our own Hardalu, whose retort, one would hope, would get as much currency as Nizar's.

Now that the dust is settling down and Arab man is rethinking his ends and generally realizing that Nasser was defeated in the battle-front with the help of some Arab leaders, and winning peace with the help of Israeli Junta, one can see things clearer, and assess Nizar differently.

The poem Dr. Tigani translates so well is Nizar on the fringe, moving from the private – wine, sex and debauchery – to the public – sickness of the rich, their laxity and surrendering to passing whims of passion – the transformation of a man of sensitivity, and Nizar is one. The poem you will soon read must have been written at one of those moments of awakening; stepping from the private and esoteric to the public and tragic. It was the prelude to the seething poem he wrote after the June War. If I'm not mistaken this poem was written after a time when Muslim man was going through a transformation. Poets are conjurers, enchanting conjurers, radical observers.

The young Indian Muslim poet, Zulfikar wrote a number of poems, "when China was pounding at the gates of his country, and his little village Sialkot was hunting him in his:

Mohair suit and Corduroy hat

Advertising my patient secularism.
Like Nizar's reflections on oilmen,
Zulfikar was agonised by his grand
father's breast-plate
Of Islam (that) had become as
fragile as china,
In the intruding heresy of tanks.
In impotent agony (he) calls:
"Grandfather, the landmarks are
falling,
Which way will you turn now? Islam
that is all you carved for,
Stubborn as a child, while I had gone
westward, began to eat pork",
Zulfikar is more of a positive man than
Nizar when he goes on:
"Religion is irrelevant to grief.
You will not agree, nor will Pakistan,
Finding in this way the old Islamic
Pride rise like a congregation in a
Mosque."

Nizar and Zulfikar think and feel from different vantage points, their way of representing modern Muslim man's predicament, are bound to be different. Nizar's man was totally defeated, but Zulfikar man was partially defeated; hence the crescendo of Nizar, and the low key of Zulfikar; in plain words Nizar's protest poem and Zulfikar's descriptive one. There is a point where they meet however: Whither is Muslim man?

Part 2: Editor's Note

Dr. Ahmad Al Safi

The English translation of the poem you are about to read has its own story. During a memorable visit of the Syrian poet Nizar Gabbani (1923-1975) to Khartoum, we managed to arrange with the help of medical student Adil Gamal Mohammed Ahmed, secretary of the Medical Students Association (currently consultant surgeon) to invite Nizar to a poetry recital in Gamal's house. Tens of young men and women were there, and of course, there was also Gamal, Tigani, and Nizar.

After Nizar's visit, I asked Tigani to translate the then very famous Nizar's poem (Bread, Hashish, and a Moon). He scribbled the translation in his usual way in pencil on Nizar's book of verse. I worked on it as I did on many of his other articles. I asked Gamal to write an introduction. I published both the Arabic original and its translation in Al Hakeem Medical Students Journal, the official organ of the Medical Students Association of the Faculty of Medicine, University of Khartoum, in June 1969 (No. 3, Vol 7) for which I was editor (1968-1969).

In my editorial of that volume, I wrote:

"We have chosen this poem in particular because it represents, we believe, the spirit of contemporary Arab poetry both in form and content. In addition, it portrays the East with great honesty, sincerity and courage. It is in fact a genuine attempt from the part of the poet to diagnose the ailments of his kinsfolk as a necessary prerequisite for a cure."

Part 3: Bread, Hashish and a Moon

Translated from Arabic

By Professor Tigani Al Mahi

In my country
The land of Prophets, miracle-mongers and saints
The home of simpletons and fools
The retreat of tobacco-chewers and drug-traffickers
Who wane and perish
When the moon waxes, when its silvery crescent
Appears in eastern horizon
The drowsy roof-tops
Are roused by carpets and rugs
Rushed from down,
With motifs of rainbow colours; rubrics grey and brown
Staring foolishly under the dark canopy of the star-lit night
Waiting for those who come to muse with the muses of the moon
And dream in rapture and heavenly bliss
While the embarrassed stars watching,
And faintly twinkling in utter desperation.

In my country
Where men perish when the moon rises
Like sleep-walkers they trot and flock
To ride the tide
To Solomon carpets in the roof
Carrying bread, gramophone music
And the paraphernalia of Hashish,
Drowsiness and fearful joy
Bartering reason, reality and the mind
For phantasy, phantasm and make-believe.
Alas what an evil this disc of light brings in its wake
The moon-walkers under lunar fascination
Like the lotus-eaters of old
Their dignity is abandoned self regard is lost.
In my country
The millions of sky beggars
Who entreat heavens to work and feed them
What can Heavens do for the lazy and inefficient
For those who perish in visions and dreams under moon light
For those who shake the pennants on the tombs of Saints
Trying to rouse souls long dead and vanished
To rain the manna of the sky on them
Rice, bread and meat the delicious fatta
And to achieve the impossible they stupidly conceive
While reclining on carpets browsing under
The drowsiness of the opium effect of resignation,
And surrender to fate and predestination.
In my country
The home of morons and simpletons
Where the masses degenerate with the moon
Reclining on carpets inert, enfeebled and immobilized
With cups of tea and children around.
In my country
Where simpletons weep
Living on forlorn hopes impossible to realize
Without sight, insight or fore-sight
Eating, praying and fornicating
Parasites on life
No will to live
No desire to move
No urge to conquer ... like Humans.
Hailing the moon
"O, the new crescent
That showers rubies, Hashish, lethargy and music
The ivory God suspended from high heavens
Long live the moon for the East
A necklace of rare rubies, alchemy, elixir and philosopher's stone"
In my country
Millions live without senses,
Dignity, urge, aspiration or inspiration,

The millions who walk bare-footed without shoes
 The millions who believe in the four wives;
 In a hereafter with a Garden of Eden
 For his Elect
 The whirling dervishes, the Ascetics
 And dancers of religion;
 The millions who see not a loaf except in imagination
 Or in other people's hands;
 The millions who live in a house of cough, consummation
 And death
 Who knew not a bottle of medicine.
 In my country
 Where the masses weep and die sobbing
 When they listen to the wretched wailing music of old
 When the lute singer chants the traditional opening couplet: O, night يا ليلي يا ليل
 Sleep and lethargy, the idol of the East
 That is the death of spirit we call singing.
 In my country
 Ruminating over the past
 Is the pious task
 This is the East
 The arena of duel and contest
 Between epochs and centuries of time
 The East where the present carries the
 Past on its back
 And history marshes backward to Ages
 Of primordial dreams
 This is the East where valour and distinction
 Are measured by the mock-heroics
 Of Abu Zeid El Hilali, our Don Quixote
 And sterling fool
 This is the East
 That is the East.

Part 4: The Arabic original verse

عندما يولد في الشرق القمر ...
 فالسطوح البيض تغفو
 تحت أكداس الزهر
 يترك الناس الحوانيت ويمضون زمر
 لملاقة القمر ...
 يحملون الخبز ... والحاكي ... إلى رأس الجبال
 ومعدات الخدر ...
 ويبيعون ... ويشرون .. خيال
 وصور ...
 ويموتون ... إذا عاش القمر.



ما الذي يفعله قرص ضياء؟
بيلادي ...
ببلاد الأنبياء ...
وببلاد البسطاء ...
ماضغي التبغ وتجار الخدر ...
ما الذي يفعله فينا القمر؟
فنضيع الكبرياء ...
ونعيش لنستجدي السماء ...
ما الذي عند السماء؟
لكسالى ... ضعفاء ...
يستحيلون إلى موتى إذا عاش القمر ...
ويهزون قبور الأولياء ...
علها ترزقهم رزاً ... وأطفالاً ... قبور الأولياء
ويمدون السجاجيد الأنبيات الطرر ..
يتسلون بأفيون نسميه قدر ...
وقضاء ...
في بلادي ... في بلاد البسطاء.
أي ضعف وانحلال ...
يتولانا إذا الضوء تدفق
فالسجاجيد ... وآلاف السلال ...
وقداح الشاي ... والأطفال ... تحتل التلال ...
في بلادي
حيث يبكي الساذجون ...
ويصلون ...
ويزنون ...
ويحيون اتكال ...
وينادون الهلال ...
"يا هلال ...
أيها النبع الذي يمطر ماس ...
وحشيشا ... ونعاس ...
أيها الرب الرخامي المعلق ...
أيها الشئى الذي ليس يصدق ...
دمت للشرق ... لنا
عنقود ماس ...
للملايين التي قد عطلت فيها الحواس"
في ليالي الشرق لما ...
يبلغ البدر تمامه ...
يتعري الشرق من كل كرامة
ونضال ...
فالملايين التي تركض من غير نعال ...
والتي تؤمن في أربع زوجات ...





وفي يوم القيامة ...
الملايين التي لا تلتقي بالخبز ...
إلا في الخيال ...
والتي تسكن في الليل بيوتاً
من سعال ...
أبداً ... ما عرفت شكل الدواء ...
تتردى جنباً تحت الضياء ...
في بلادي ...
حيث يبكي الأغبياء ...
ويموتون بكاء ...
كلما طالعهم وجه الهلال ..
ويزيدون بكاء ...
كلما حركهم عود ذليل ... و"ليالي"
ذلك الموت الذي ندعوه في الشرق ...
"ليالي" ... وغناء
في بلادي ...
في بلاد البسطاء ...
حيث نجتز التواشيح الطويلة ...
ذلك السل الذي يفتك بالشرق ... -
التواشيح الطويلة ...
شرقنا المجرتر ... تاريخاً
وأحلاماً كسولة ...
وخرافات خوالي ...
شرقنا الباحث عن كل بطولة ...
في أبي زيد الهلالي ...

Part 5: Brief Resumes

Mr. Gamal Mohamed Ahmed (1913-1986).

○ Graduated from Faculty of Arts, Khartoum University College in 1946. He did postgraduate studies in Oxford University, UK. He worked as a teacher and administrator, University of Khartoum, before he joined Ministry of Foreign Affairs as Ambassador in Iraq, Ethiopia, UK, and UN. He was cabinet Minister (1975), and Minister of Foreign Affairs (1975-76). He was renowned for his literary intellect and beautiful prose.

Professor Al Tigani Muhammad Al Mahi (1911-1970)

○ Born in Al Kawwa (White Nile) in 7 April 1911.
○ Had his elementary education in Al Kawwa, the intermediate in Rufa'a and the secondary in Khartoum, and graduated with Diploma in Medicine, Surgery, and Obstetrics from the Kitchener School of Medicine in 1935.
○ Joined the Sudan Medical Service as Medical Officer and worked in Omdurman, Khartoum, Wadi Halfa and Kosti.
○ Granted Diploma in Psychological Medicine in July 1949 from the University of London, England as the first Sudanese and African to specialize in this field, and

later when he became known for his original thinking he was deservedly called the “father of psychiatry in Africa”.

- Immediately on his return home, he established in October 1950 the Clinic for Nervous Disorders in Khartoum North as the first psychiatric clinic in the country.
- He worked as Regional Advisor in Mental Health for the WHO East Mediterranean Regional Office in Alexandria (1959-1964).
- After October 21 (1964) revolution, he was chosen as a member and rotational president of the Supreme Council of State, Democratic Republic of the Sudan.
- In 1969 the University of Khartoum offered him the chair of Psychiatric Medicine in the Faculty of Medicine. He then established the Department of Psychiatry and held the post of Professor and Head of that Department up until his death.
- During his life, he was elected President of the Sudan Doctors’ Union, member of the Academy of Arabic in Cairo, granted DSc by the University of Colombia, USA, & DSc by the University of Khartoum.
- He died in the early hours of Thursday 8th January 1970 in Khartoum Civil Hospital.
- Married in 1937 and had four sons and two daughters.
- Had been an encyclopaedic intellectual and a profound scholar of the history of medicine.

Dr. Ahmad Al Safi

- Dr. Ahmad Al-Safi, MB, BS (Khartoum), DA (England), FFARCS (England), FRCA (England), Certificate of Acupuncture (China).
- Currently, professor of Anaesthesia and Intensive Care, Khartoum College of Medical Sciences, and Research Professor, National Centre for Research, Khartoum.
- He is interested in the study of the sociology, anthropology and history of the Sudanese health culture. He dedicated the last three decades for studies in this field, and wrote extensively on health issues in both Arabic and English.
- He founded the Traditional Medicine Research Institute in the National Council for Research in Sudan in 1980, and the World Health Organization Collaborating Centre for Research in Traditional Medicine in Khartoum in 1984. He was director for both till 1988.
- During his clinical years as a medical student, he was a close apprentice and associate of Dr. Tigani Al Mahi. This relationship brought him in close contact with most of Tigani’s writings and manuscripts – many of which he helped in writing their manuscripts. When Tigani died in 1970, he managed to edit his works in two volumes published by Khartoum University Press in 1981 and 1984, and a third on Zar Archetypes in the Sudan (in press).
- After Tigani’s death, his family donated his library and his rare acquisitions (letters, stamps, paintings, maps, etc.) to the University of Khartoum and was lodged in what is called Tigani Al Mahi Library. This library contains 20,000 books many of which are rare and out of print, 1500 books on the Sudan, 760 rare maps, and 3000 original manuscripts. This collection is now more than 30 years under University of Khartoum custody. It is still not indexed, described, catalogued, or made available to researchers. It is currently under the worst preservation conditions possible. I’m currently lobbying to have this corrected.

system including health status, policies and organization, structures, service delivery and financing and resources.

○ Poor health and hostilities are two sides of the same coin. Health is a fundamental input for successful economic and social development; however health needs to be prioritized among the crowded post conflict agenda. Health should top the list of desired peace and it is a powerful factor in consolidating and maintaining peace.

There is a vast international experience in designing post conflict health systems that worth studying. The combination of optimism, enthusiasm, renewed energy, favorable international relationship and aid flow will increase the opportunity for substantive change particularly after collapse of an older dysfunctional system. Return of people resources and skills can pack up the development process. In addition presence

of experts, funds (oil, Oslo pledges...etc) , experience, informations and the fact that it is attrition and not complete disruption will increase the chance of success.

○ Poor information base knowledge gap, Poor governance and absorptive capacity, Inherent future uncertainties, uncertain future of foreign support and immediate concerns versus long term interests will be great challenges. We should acknowledge the difficulty and sensitivity in dealing with several actors with different and conflicting agenda. The scene is much more complex with the fact that there are more than one conflict (Darfur, Eastern Sudan..etc) with different political agenda and absence of coordination between them.

○ Implicit uncertainty about the transition state, inconsistent interpretations of peace agreement, unhealthy political scene in the north, concerns about priority of health among other crowded political agenda and lack of federal ministry of health capacity for leadership and governance are among the most difficult problems to be faced.

Post-conflict decisions will have far reaching and long lasting consequences on the health system. We have to treat health as a priority and invest in. The capacity of federal ministry of health should be strengthened to provide leadership in governance, management and technical support. Early and realistic planning, Strong leadership, policy framework and information sharing are of utmost importance to develop and sustain the health system. Cost must be defined and basic package of services based on disease burden and the needs of the vulnerable to be financed. Strategic vision must be developed along with a reform policy for the whole health system. Mobilization of human power to south and strengthening of the southern ministry of health are important.



deliveries were attended by skilled health professional compared to 6% only in the south. 60% of Under 5 were treated with anti-malarials in urban areas and 42% in rural.

Inequalities in health status, access and delivery of health care are consistent features of Sudan health profile. Inequalities can be manifested as socioeconomically, geographically (Urban/Rural), geopolitically (North/South), and gender.

- Despite the scarcity of data to document inequity in health status distribution according to socioeconomic factors, there is compelling indirect evidence. Disparities in service coverage and utilization by income and socioeconomic status are well documented in Sudan. Pro-poor Health Policy should be a cardinal feature of post conflict strategic planning for health development in Sudan.

- Rural/urban, center/periphery, north/south discrepancies were recently affected by the emerging urban poverty. Delegation of responsibility for health care delivery to the states is likely to have augmented these problems. There is a very clear discrepancy in resource availability and management capacity between the states. Government expenditure tends to be focused on urban centers and big hospitals which are urban based. Policies to support the peripheral health delivery system and its activities are in great demand.

4- Resources:

- The bulk of governmental expenditure is dedicated to security and defense. Public expenditure on health is one of the lowest around the world. It amounts 3 \$ per capita and represents 0.5% of gross domestic product (GDP) whereas the total expenditure is 15-20\$ per capita with a significant percentage of this expenditure coming from out of pocket sources.

- Distribution of resources is not evenly distributed across the country with overtaking services urban better off rural areas. Health delivery delegated to states is not governed by needs and there is a wide variation in states health capacity and wealth. Most of the federal transfer is spent on logistics leaving a very small proportion to be spent of health. Only 8% of the population is covered with health insurance.

There is a critical shortage of health care facilities. The number of primary health care facilities is decreasing with corresponding rise in secondary and tertiary care facilities. Medical training dominates other health professional training such as nursing and public health. Private sector is encouraged and supported to fill in this service delivery gap.

Health care professionals' distribution is not equal across the country. Most of the health facilities in south are run by international agencies. Government should provide incentives to help equity in personnel distribution and facilitate redistribution with demand consideration. Clear deploy and retain policies as well as policies to maintain professional standards and high quality performance are needed. Additional issues should be thought of regarding south such as repatriation the training institutes and southern human power and how to make use of the northern staff.

Post conflict phase

- To plan for the post conflict phase we should review all aspects of the health

○ Sudan Ranks 141/177 on the Human Development Index, 154 in WHO 2000 report for status of health & 10-11 years discounted for disability. In terms of UNDP gender index ranking, Sudan ranks 116 out of 146 and 45.5 ranks by under 5 mortality 116000/year.



2- Burden of disease:

○ 28% of under 5 had diarrhea, 10% had cough and 5% had acute respiratory infections over the last two weeks. Diarrhoeal disease is responsible for 13% of all hospital visits, 24% of under 5 hospital admission and 14% of hospital mortality. Acute respiratory infections are responsible for 11% of all hospital visits, 14% of under 5 hospital admission and 7% of hospital mortality.

○ Food security is an important priority in Sudan. Repeated nutritional crisis had taken place over the last 20 year including Darfur in eighties and Bahr el Ghazal the nineties, affecting both adults and children. It represents the largest component of international assistance (73% of total UN). Distribution of childhood malnutrition showed 36% stunting 16% wasting in the North, 45% stunting, 48% underweight and 21% severe underweight in the South. 15% of acute malnutrition presents as an emergency.

○ 75% of population is at risk of endemic malaria and 25% of epidemic malaria. 21% of under 5 had fever in last two weeks. It is responsible of 7 500 000 new cases each year, 20-40% outpatient consultations, 30% of inpatient admissions and 16% hospital death in north. 40% of health facility visits in south is attributed to malaria. Malaria is a significant cause for maternal and newborn morbidity and mortality.

○ Incidence is estimated at 188/100 000 new cases in north with a total of 60 000 new cases per annum. South estimates are 325/100 000 with a total of 25 000 new cases. The incidence is expected to rise with AIDS epidemic. It is responsible of 10% of hospital admissions. Although there is an active program, but unfortunately it covers only 40% of patients.

○ Prevalence among adults estimated at 1.6% with higher rates in conflict areas such as the south (2.6%) and East. Case load estimates around 400000 - 600 000. Awareness and condom use is very low. Demobilization and return of combatants may pose a risk and increase in disease incidence. Accessibility to international assistance was constraint for several political, social, religious and ethical reasons.

80% of guinea worms infections occur in Sudan. More than 5 millions cases of schistosomiasis with prevalence of 30-50% in endemic areas. This is in addition to the great burden on health caused by meningitis, cholera, kalazar and other infections.

3- Inequities:

○ Coverage with basic services is low in many areas and sometimes extremely low. A review of PHC facilities found only around 40% functional. There is evidence of less access for poor to services. Immunization coverage is only 57% in north and 34% in South. 57% of

THE POST CONFLICT HEALTH CHALLENGES

Dr I. M. Abdel Rahim

Hhealth profile in Sudan is characterized by poor population overall health status, high burden of disease and marked distributional discrepancy and inequity. Delivery of care is patchy, constrained by limited accessibility, poor quality and inconsistent outcomes. The health system is weakened by fragmentation into several uncoordinated systems. Unregulated growth of private sector in north and patchy service cover by non-governmental organizations in the south undermines the power of the system further. On top of that it is poorly funded for considerable periods while purchase of care is mainly through out of pocket payment with minimal insurance cover.



In order to plan for a better health system, we must have a good knowledge of population and the current health status indicators and their distribution. Health service resources and their distribution, Health service organization, financing and human resource profile should be studied in depth before making any recommendations. Previous efforts for health system reform such as Health in Peace Workshop, organized by the Group of Alternative Policies for Sudan (GAPS) in December 2003 might be a good guide for any further attempts.

Health Situation Analysis:

(Source of information: WB report, UNICEF MI survey, WHO)

1- General Overview:

○ Sudan total population is estimated at 33.6 millions (32-36 millions). 45% of them are children under 15 years of age. The life expectancy at birth is estimated to be 56 years in the north and 41 in the South, 11 years of these is discounted for disability arising from disease. The total fertility rate is estimated at 5.91% and the current contraceptive use is 7% in the north and 1% in the south. The country's annual growth rate is 2.6 with population doubling time of 27 years.

○ Infant Mortality Rate is 68/1000, under 5 mortality rate is 102/1000 and maternal mortality rate is 507/100 000. Situations in the south are even worse with Infant Mortality Rate is 150/1000, Under 5 Mortality Rate is 102/1000 and Maternal Mortality Rate is 1700/100 000.



general guidance is needed to help find the way forward. World health organization strategic health plans including Alma Ata declaration 1978, Health for all 2000, Millennium development goals for 2015 and global poverty strategy 2005 are the best to start with. Equally important are national health plans like national health strategy 1975, comprehensive national health strategy 1992 -2002, 25 years health strategy 2004 -2025 and post-conflict rehabilitation plan. In addition experience from corporate programmes models of other countries worth studying (e.g. strategic partnership programmes in UK, Health strategies for government sectors in Canada, education and women empowerment in SriLanaka and reduction of road traffic accidents as in Oman and UAE.

Recommendation:

- Political commitment & leadership at national level
- Develop partnership structures with the local government
- Proper commitment to international & global constitutions and programmes e.g. Alma Ata, a Global Poverty Strategy
- Community participation & empowerment
- Strengthening the public health infrastructure
- Investment in the Health Information & Surveillance Systems
- Extension of vaccination programmes

can be reduced through non medical interventions.

In a country like Sudan where the above mentioned health determinant factors continue to have a detrimental effect on health, public health is expected to have a major contribution.

Health protection:

We can reduce the burden of communicable diseases via health education and health promotion, immunization and surveillance programmes.

Extended programme of immunization was established in Sudan since 1976. It delivers BCG, DPT, Polio and measles only. Current statistics showed low coverage in general and of particular importance inequality of the service in different parts of the country (57% in the north and 34 % in the south / polio 70% Khartoum <15% Darfur). There is opportunity to include Hepatitis B, Haemophilus Influenzae b, Meningitis A and C and pneumococcal vaccines. Major problems facing the programme include negative publicity and funding problems.

Surveillance is an important tool to help early detection of outbreaks, individual case management, planning and evaluation of control measures and detection of new emerging and re-emerging diseases of public health importance.

Health service delivery:

Public health is terribly needed to shape out health service delivery and quality. The role of public health in strategy and policy development, accountability, framework



and quality assurance and evidence based medicine is very important.

There are several health challenges we have to face. Communicable diseases, infant mortality, maternal mortality and emerging epidemics and outbreaks are the most important among them. A potentially important role for public health to play in order to improve health in Sudan is evident. Public health can contribute by ensuring political commitment, working with other sectors and providing leadership. Influencing health policies, developing corporate policy, exercising the advocacy role and community engagement and empowerment are other areas that can be covered by public health. Experience of the western world during industrialization era, Chadwick reforms and experience of other countries such as China, Sri Lanka and Costa Rica clearly demonstrated how effective public health measures in improving health are.

In order to apply all this into practice,

THE ROLE OF PUBLIC HEALTH IN HEALTH IMPROVEMENT PROGRAMME



Dr: Huda Hassan Mohamed
Consultant in Public Health – U.K.



Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of the society. In terms of health improvement, public health will act through the process of mobilizing and engaging local, estate, national and international resources to assure the conditions which help people to be healthy. Public health is concerned with the health of the whole population or specific population groups rather than individuals, therefore maximizing the health gain and improving the length and quality of life.

Public health can help in 3 main domains which include health improvement, health protection and health service delivery and quality.

Health Improvement:

Public health will act by tackling determinants of health, reducing inequalities and promoting healthy lifestyle. Determinants of health poverty, clean water supply and proper sanitary systems, education, employment, housing, environment and nutrition.

Poverty, health and development are interlinked. Poverty is a fundamental cause of morbidity and illness. Poor people suffer worse health and die younger, therefore a “pro poor approach” is needed. One place for disease to hide is among the poor, especially when the poor are socially and medically segregated from those whose death might be considered more important.

Negative association between health and adverse social factors is well

documented. In one study done in India, infant mortality rate was found to be inversely proportional to the family income. Infant mortality rate was ten times higher in families with monthly income of less than 20 Robia/individual compared to families with monthly income of 100 – 200 Robia/individual (181/1000 Vs 18/1000). Sector digest survey in east Mediterranean region confirmed the inverse relationship between infant mortality rate and percent of both rural sanitation coverage and rural water supply coverage. It is well known that about 10% of the burden of communicable disease account for inadequate water supply.

Only 10% of improvement in health in the UK over the past 100 years has been to medical intervention. 60% of the burden of malaria (morbidity and mortality)

immunization is improving. Coverage for DPT is steadily increasing since 2002, 64% in 2002 to more than 80% in 2005. Roll back malaria programme helped to reduce the prevalence of malaria from above 140/1000 populations in 1999 down to 60/1000 populations in 2004.

At the secondary and tertiary care levels, triage system is introduced into practice for 18 hospitals. Rehabilitation of equipment in 18 federal hospitals, 15 states hospitals and 73 rural hospitals (\$ 30 millions).

Health priorities:

Expansion of the provision of basic health services with more emphasis on the reduction of inequalities in health outcomes and access to health care services is one of the top priorities. Other priorities include strengthening the leadership and governance of the decentralized health system, addressing human resource issues, particularly the retention and redeployment, as well as staff performance. Reform of the health financing system is stressed in order to enhance cost effectiveness, get better value for money, and better protect the poor and vulnerable. These strategies committed to achieve Millennium Development Goals and address priority problems (Malaria, HIV/AIDS, Tuberculosis and other communicable diseases, Maternal and child mortality, Nutrition and life style related diseases).

Role of Expatriates:

Expatriate health professionals represent a group of highly qualified health professionals with good will to help improving health services. Committed

Federal Ministry of Health, improving economic prospects in Sudan and peace are important factors to attract them. We have very good previous experiences with diasporas contributing to health care in Sudan. Diasporas can contribute by either permanent or temporal return to the country.

Expatriate can support us in different ways. They can actively contribute in general specialities particularly across states, as well as in some subspecialties (e.g. orthopaedics, neurosurgery....etc.). Transfer of skills, knowledge and practice and supporting both undergraduate and postgraduate medical education is an important issue we hope expatriate to help at. We are expecting expatriate's contribution to improve professional development, ethics, policy development, research, resource mobilization, facilitation of bilateral support and institutional twinning.

Federal Ministry of health is preparing strategy to address how to address how to accommodate and streamline diaspora contribution. A body is established including other related stakeholders to facilitate diaspora contribution. Communication has been initiated with some agencies to support this effort. A questionnaire has been designed to build a database on Sudanese expatriate professionals.

Diaspora networks, groups and individuals need to take part in creation of the database, maintaining contact with Federal Ministry of Health and other institutions and advocating among their members to develop proposals and provide support in their own expertise



Achieving Millennium Development Goals:

Timely achieving these goals is a great challenge. The interim constitution 2005, article 46, states the commitment of the Government to provide universal and free basic health services. Prevalence of child malnutrition, child mortality, maternal mortality, malaria and tuberculosis remains high. Although the prevalence of HIV/AIDS among adults age 15-49 years is 1-7%, contraceptive prevalence rate among women age 15-49 years is only 1-7%.

Achievements:

Despite all the above mentioned challenges, several efforts were performed to improve health service delivery. Several strategic plans including long and midterm plans were formulated and put into action along with newly introduced systems such as

HIS, surveillance, Supervision, logistics and supply systems. In addition several policies were developed and implemented including human resources, curative and preventive medicine, child and maternal and drug policies. A good example of these policies is doctor's career pathway (part of human resources policies) that helped to deploy up to 1575 doctors to peripheries.

Extensive efforts have been going on since 2001 to expand and rehabilitate primary health care network. Projects working in this field include poverty alleviation projects (\$ 26 millions), Islamic Development Bank project (\$ 10 millions \$), MDTF Project (\$ 70 millions). Local health system model is implemented in 32 localities.

Training of skilled birth attendants results in doubling the number of practicing midwives. Training capacity increased 7 folds, from 170 midwife/year to 1100 midwife/year. Coverage of extended programme for

The Role of Expatriate Health Professionals

*Dr. Tabita Shokai, PhD
Federal Minister of Health, Republic of the Sudan*



Lack of experts is one of many problems hindering delivery of high standard health care. Despite these problems, there were several achievements over the past few years. Among these achievements was development of a clear vision of what health priorities are. Expatriates can contribute significantly in solving these problems and improving health service delivery.

Challenges:

There are several challenges facing health service delivery in Sudan and can be summarized as the following:

Decentralization:

There are 25 states including more than 134 localities. These states differ widely in relation to capacity, infrastructure and human resources, which make it very difficult to maintain equity in health service delivery.

Health Expenditure:

There was a rapid increase in governmental resources over the last few years due to oil production, economic stabilization policies and peace. Although this was reflected on the total federal expenditure which increased more than three times over the last 5 years, federal health expenditure remained the same and

represented less than 2% of the federal public expenditure .

Coverage and Accessibility:

There is a very poor health care coverage as there is only one primary health care facility per 13000 populations in the north. This has been complicated by wide regional disparity. Distribution of health centres showed one health centre per 32000 populations in the north compared to 75000 populations in the south.

Human resources Gap:

This is one of the major problems which will hinder any process to improve health service delivery. The 10 year strategic HR plan 2003-2012 stated the need for over 64,000 nurses and 20,000 Allied health personnel. Figures for other personnel are not better as there are only 3.3 specialists, 0.8 dentists and 2 pharmacists per 100000 populations.

academic pursuit.

Sadly in recent years a lot of malformations have been inflicted upon the medical practice in Sudan. Malpractice is rife. Such situation cannot be rectified without major and radical reform of the medical practice.

This in turn cannot take place without restoration and safeguard of all democratic rights including democratisation and independence of all medical and academic institutions including an independent accountable general medical council.

There are over two thousand Sudanese doctors in UK at the moment working at different levels and specialities. This is a huge work force and a wealth of experience and knowledge which can be mobilised to assist in the rehabilitation of medical services in Sudan at large .

- They can provide direct support to improve access to basic health care among internally displaced Sudanese and returnees to their original home areas through public health mobilisation and through health education.

- They can assist in technology transfer and professional exchange between Sudanese and UK service delivery institutions.

- They can also facilitate temporary returns of targeted Sudanese Diaspora health workers to support key preventative, curative, promotive and rehabilitation services in the south.

But our biggest contribution would be the promotion of the culture of good medical practice, safe-guard and adherence to the medical ethics and respect for the patient, based on delivering an evidence-based service through continued and continuous professional development, research and training.

Following the signing of Nifasha Peace Agreement and the establishment of a new government a window of opportunity and hope has been created which may enable Sudanese Doctors and other professionals to be actively engaged in the process of Nation Rebuilding and in the rehabilitation of the Country including the Health Service.

However, reaching peace, accord and political settlement by itself is not a panacea for the chronic, deep-rooted fundamental problems facing Sudan since independence.

Unless these problems are seriously addressed and radically settled we will simply be regenerating and recycling the seeds of the political crisis and instability in the Country.

These issues include:-

- Restoration and consolidation of all democratic rights without any reservation.

- Respect and safeguarding of basic and fundamental Human Rights.

- Independence of the judiciary and supremacy of law.

- Independence of civic society organisations including the Trade Union Movement.

- Freedom of Scientific Research and intellectual activities from any form or degree of fanaticism, terrorism or violence in the name of religion or any other ideology.

- Above all the total separation between religion and the State, with all its political, civic and economic institutions.

We believe that these are not only the basis for lasting peace and political stability in the Country, but also constitute fundamental pre-requisite for creation of favourable and conducive condition that can attract hundreds of Sudanese Professionals including Health Workers to return home to contribute in rebuilding of our Country.

The health budget (currently 0.5% of GDP)

Should be transparent, accountable for and the health sector funds should be primarily allocated to resolve major health problems facing the country.

The union charter also highlights the strong and undivided Links between medical ethics and human rights

Human rights are those inalienable rights, which transcend political boundaries, ideologies and religious faith. The universal declaration of human rights adopted by the united Nations in 1948 embodied rights relating to personal liberty, security, family and faith.

Medical professional ethics on the other hand is a codified guide regulating the behaviour of medical professionals in their dealing with patients and with each other.

Both have at their heart certain understanding of the value of the human individuals and their rights to be treated with dignity and respect.

This is why we believe that the ethics of health professions should reinforce human rights and makes health professionals allies in the campaign for the promotion and protection of basic human rights.

The role of doctors and other health professionals in situation where human rights are violated is of paramount importance by putting their patients and communities first and foremost and give a clear and accurate account of any violators.

We in Sudan Doctors Union are proud to be in the forefront and act as custodian for the protection of the basic human rights.

I believe we made a major contribution in the defence of human rights and the role of law in our country and often made to pay a hefty price for that.

Hospitals have always been safe haven for the detainees through the decades of the long history of detention and detainees in Sudan.

However in recent years sadly a small number of our colleagues assisted autocratic regimes in the perpetration of human rights violations either passively through their failure to challenge such unacceptable practices or failing to fulfil their professional obligations through deliberate connivance with the human rights violators through ignorance or because of coercive pressures exerted upon them or some times through their active participation.

When such malpractices were committed, SDU has not hesitated to expose and condemn such practices and to name and shame the individuals involved.

Medical Ethics and prohibition and exposure of torture

It is a fundamental principle of the medical practice that the patient's interest should be central in the healing process. The long-standing codes of medical practise have emphasised that the healer should act in the interests of the patient's well-being and in the world of Hippocratic principle "above all never to do harm".

The world Medical Association and the declaration of Tokyo states:

- The Doctors shall not countenance, condone or participate in the practice of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading procedures whatever the offence of which the victim of such procedures is suspected, accused or guilty, and whatever the victims beliefs or motives and in all situation including armed conflict and civil strife".

SDU over the years has unambiguously condemn participation in, complicity in, incitement to or attempts to commit torture and consider these as grave violation of medical ethics.

This is why we opposed and criticised doctor's participation in any form of judicial hanging, albeit for death certification in some cases.

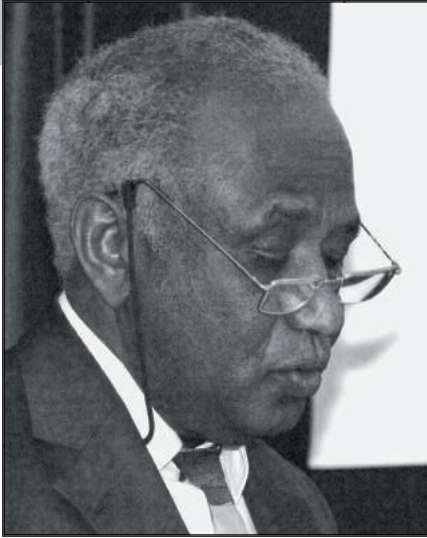
When a group of surgeons actively participated in judicial amputations during the so called Sharia laws we were quick to condemn these acts of brutality and the individuals involved were widely exposed and some of them were struck off the British medical register.

Dear Friends,

We are proud to continue on the footsteps of generations of Sudanese doctors who over decades have cemented traditions of patriotism based on political non-partisanship and traditions of impartiality on

CHAIRMAN SPEECH AT THE SPRING MEETING

BIRMINGHAM 29 APRIL 2006



Distinguished Guests
Fellows,
Colleagues and friends,

Allow me on behalf of SDU to extend to you a warm salute and to welcome you to our spring gathering which is dedicated this time to highlight the plight of the deteriorating health services in Sudan and the role of the expatriate Sudanese doctors and other health professionals in rehabilitating and improving health delivery in Sudan.

I particularly welcome Dr. Tabita and together we hope to reach a consensus, a vision and a mechanism through which we can achieve our aims and objectives.

Sudan Doctors Union in UK and Ireland was founded in 1976 as an integral branch of the Doctors union inside the country. It was established to mobilise Sudanese doctors in UK and to rally their support and their solidarity with their colleagues inside the country who were enduring harassment, intimidation and aggression by the then autocratic rule of Numeiri. Over the years it evolved and matured to play an important and crucial role in support of the union.

During the last 17 years of the Muslim fundamentalist regime and the subsequent liquidation of the trade union rights and organizations it has been the sole and the legitimate representative of Sudanese doctors both inside and outside Sudan.

Now we are proud to be in the vanguard of a wide and escalating campaign inside the country for re-launching "Sudan Doctors union" in the spirit of free choice and basic democratic principles.

Sudan Medical Association was founded in the late forties and later became SDU in the mid seventies. It continued to function on the principles of neutrality, impartiality and non-partisanship, however its ethos has always focused on the overall well-being of the individual viewed from holistic approach. Not only from physical and mental health point of view put also from social, economical and emotional stance.

Since its foundation it pushed forward into the public agenda the two vital issues facing the country:

- The deterioration of the health services.
- The escalation of the incessant civil war.

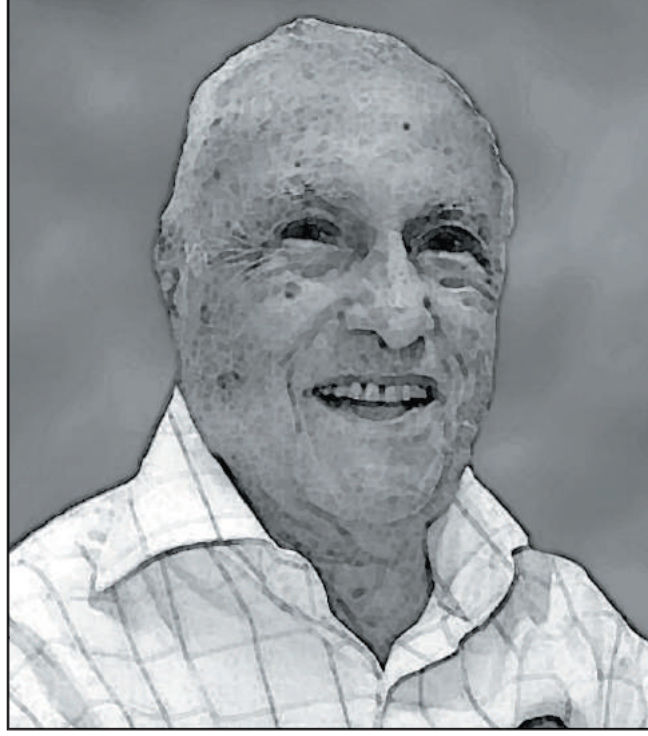
We opposed the civil war from political, nationalistic and humanitarian viewpoints, but above all because of its high impact on the health of the Nation in terms of human cost, human sufferings, dissemination of epidemics, destruction of the environment and dismantling of the social fabric of the society.

Also we exposed the fallacy of sustaining economic growth and social development and simultaneously conducting a brutal civil war against Sudanese population who have been historically and systematically marginalized and sidelined. This is why the Doctors union consistently called for the immediate cessation of all hostilities followed by a nation-wide constitutional platform to debate all thorny issues related to devolution, power sharing, equitable development and respect of ethnic, religious and cultural diversity. However in the wake of hysterical war drumming by the fundamentalists union activist often had to bear the brunt of arbitrary dismissal, hounding and imprisonment.

Since its inception the union stated without ambiguity that the right to health is a fundamental and basic human right issue, which means the enjoyment of the highest attainable, sustainable and affordable level of health in the spirit of equity and equality, and the health services should be responsive to the social needs of the population over their life span. It called for a comprehensive health service delivery to all people with uniform equity regardless of their ethnic origin, sex or belief with special emphasis to deprived areas and vulnerable groups.

Its charter also calls for clear and well-defined health policies.

الدكتور موريس سدره



الدكتور موريس سدره
توفى السبت 16 سبتمبر 2006

- فقد السودان والحركة الديمقراطية والنقابية والمهن الطبية احد ابنائها المخلصين والمتفانين في خدمة الوطن والشعب.
- عمل طبيب عام في مناطق مختلفة بالسودان منها عطبره ونياالا وكان سلوكه المهني والانساني مضرِباً للمثل مما أكسبه ثقة المواطن العادي مخلفاً وراءه أطيب الذكريات.
 - تصدى منذ سنوات مبكرة في حياته للعمل العام وشارك بنشاط في تأسيس رابطة الأطباء الاشتراكيين وانخرط في العمل النقابي. وفي العام 1969 كان نائبا لنقيب الأطباء عندما اختير وزيراً للصحة.
 - شرع منذ توليه هذا المنصب في تنفيذ البرنامج الصحي الذي أقرته النقابة الجمعية الطبية السودانية آنذاك . وكان أول ما نفذه في الأيام الأولى من تولية لوزارة الصحة تنفيذ إصلاحات ذات طابع ديمقراطي في رئاسة الوزارة وفي إدارة المستشفيات والتي اصبحت تتم عن طريق الانتخاب من جميع الأطباء العاملين بالمرفق.
 - وقف الشهيد بشجاعة وصلابة أمام المقاومة للإصلاحات الديمقراطية كما تم في عهده ولأول مرة انشاء المجلس الطبي السوداني.
 - كان الفقيه نموذجاً باهراً للمساهمة الوطنية الأمينة والجادة للمناضل السوداني بصرف النظر عن انتمائه الاثني والديني.

د. خالد حسن التوم



وفد جمعية الجراحين بالملكة المتحدة ومعهم ضيوف مؤتمر الجراحين الذي انعقد بالخرطوم في مارس 2006 في زيارة لمعبد الاله ابادمال بمنطقة المصورات