

برنامج مصر

الصحي في ربع القرن للقبل

للككتور محمد خليل عبد الخالق بك
استاذ علم الطفيليات بكلية الطب

١ - كلمة عامة

نرجو ان يكون برنامج مصر الصحي في ربع القرن القادم محققاً للهدف الذي ترمي اليه ادارات الصحة في البلاد الراقية . وهو ضمان أرقى درجة من الصحة في الوسع توفيرها للافراد والمجموع باتباع نظم ترمي الى رفع مستوى الصحة والعمل على التخلص من العوامل المسببة للمرض . وذلك بالعباية مادياً بجسم الانسان والنظر الى أي حد حققنا هذا الهدف في الماضي . وعهد انشاء اول ادارة صحية في مصر يرجع الى زمن بعيد فقد أنشئت سنة ١٨٨٢ وتولى الانكاز أمرها وكانت سياستهم موجهة الى وقاية اوروبا من اوبئة الشرق الاقصى خصوصاً الكوليرا والساعون باقامة حاجز صحي على حدود مصر الشرقية . وهذا بطبيعة الحال كان عملاً مفيداً ناصراً ايضاً . واهتموا بمقاومة الاوبئة المحلية داخل الحدود المصرية على نظام أسباسبه عزل النصابين ومراقبة المخالطين حتى لا تتسع دائرة الوباء

ولم يوجه عمل جندي ما الى مقاومة سبب انتشار هذه الاوبئة . والحق يقال ان هذا العمل عسيراً ولا يزال الى الآن عسيراً مع حالة التمرد النظرية من حيث الراقق الصحية . وعندما سلم المصريون دعاية الصحة في سنة ١٩٢٢ خطت خطوات واسعة في اسمافا ارضي بالعلاج بإنشاء استشفيات العامة ومستشفيات خاصة بامراض معينة كاللدون والامراض الزهرية والامراض المتوطنة وامراض الاطفال والجذام . وبدأت دراسة فنية : اشككة الامراض المتوطنة توطئة لاستئصالها بإنشاء معهد قواد الاول للامراض المتوطنة وبذلك نشأ نظام مشكوراً في العناية بالحوامل وبرعاية الطفولة . واتسمت وسائل التشخيص العملي وبدأت عملية تحضير اللقاحات والامصال وهذا النظام نشأ وتدرج على أساس دفع فائقة الامراض وحماية المجموع من الاوبئة اذا نفشت ، وهو يشه عملية الاسمافا عند شرب النار . وقد سد حاجة عاجلة ولكن بوقاية خبير من العلاج . فلما أحفظنا جسم الانسان بالعباية وديرنا له ما يلزمنا من ضرورت الطبابة تقامت

حاجت إلى العناية بأغلبية سكان البلاد كمرضى يصيب في المتوسط الفرد منهم أكثر من مرضين .
 فمئة الوفيات في مصر استمرت حوالي ٢٦ في الألف من السكان من أول القرن الحادي إلى
 الآن مع أنها انخفضت في بلاد أخرى إلى ١٠ في الألف . ومتوسط طول الحياة التي يروى
 مولود في مصر يوم ولادته حوالي ٢٣ سنة يوم هو اليوم في أميركا ٦٩ سنة .
 (١) الحد الصحي الأدنى الذي يجب توفيره للعائلة (٢) اتفقت آراء الخبراء القيين على أن
 الحد الأدنى الواجب توفيره للعائلة هو ما يلي :-

- (١) مرافق صحية منزلية لكل عائلة (خصوصاً مرحاضاً صحياً وإزالة القاذورات) .
- (٢) مورد مستقل للمياه العالحة للشرب لكل عائلة . (٣) عدد من الغرف صالحة للسكن كاف
 للعائلة بمعدل غرفة لكل فردين وسكان صالح تخزين الماء كولات ومواد الوقود . (٤) العلاج
 والتمريض لأفراد العائلات الذين يدفعون أجراً . (٥) سكن أفضل من معدل متفق عليه (ذوي
 الأيراد المحدود) عدا قبرهم داخلية في المستشفيات . (٥) ضمان انكشاف من يعيش لكل
 عائلة بنظام التأمين والاطانة . ومن الأسف إن هذه الضرورات لا يتكاد يكون لها وجود في
 محيط العائلات التي تقطن القرى المصرية التي يبلغ عددها ٤٠٠٠ قرية تضم حوالي ١٢٠٠٠٠٠٠
 من الأنفس أي ثلاثة أرباع سكان المملكة المصرية . ففي هذه القرى نجد أن أثر محدود
 الادوية الصحية محدود في تسجيل المواليد والوفيات وانطعيم ضد الجدري وبذولاه
 حلاق الصحة . ومقاومة الامراض المعدية بعزل المصابين ومراقبة المخالطين اذا زاد عدد الوفيات
 في القرية عن المتوسط المقرر . وعلى مقربة من بعض القرى مستشفى لعلاج اوكل الامراض

٢ - الادارة الصحية

نظام المركزية والتركزية في تنفيذ البرنامج الصحي (١) النظام النبع في مصر هو نظام
 المركزية في الاشراف على الصحة في جميع نواحي القطر . فتركز ادارة الأوبئة في شخص
 مدير الأوبئة بالقاهرة ومساعديه . وكذلك ادارة استشفيات من أقصى الشمال إلى أقصى
 الجنوب تركزي في ادارة خاصة بالمستشفيات في القاهرة . وهذا النظام إن دل على شيء فهو
 يدل على قوة الثقة بقدره الخيانت المحلية على الاشراف على هذه وحدات ، وعلى رغبة الهيئات
 الرئيسية المركزية في الاحتفاظ بالسلطة كاملة في أيديهم ، وقد تكون هناك بواعث أخرى .
 فادارة المستشفيات الحكومية أوفى كثيراً من ادارة مستشفيات التابعة لهيئات أخرى محلية
 كجالس إداريات مثلاً . إلا أن هذا النظام يعيبه استعمال رؤساء بتفاصيل نافية متعددة
 تذهب في كثير وقتهم وتركهم مهوكين لا يستطيعون التفكير الواسع النطاق في تدبير
 مشروعات عامة لها أثرها في تحسين الحالة . فن أمثلة ذلك أن التصريح بأجهزة تمدى يومين

لموظف صغير في أية جهة نائية من القطر يقتضي موافقة وكيل الوزارة .
 فاذا أريد أن تشمل مساعي الإدارة الصحية - كما يجب أن تكون - كل عائلة مصرية
 وكل منزل في القرى، كإذ إنجازها أن يكون مستجيباً إذا استمرت انركزية على حالها تقضي على
 زمام السلطة في النافذ والجليل من الأمور . وقد دلت التجربة في البلاد التي بلغت شأواً بعيداً
 في العناية بصحة أفرادها على أن أساس الإدارة الصحية الناجحة هو الثقة التي تحدثها
 بالهيئات المحلية ك مجالس القرى حتى يتمكن من يده السلطة الصحية من التدخل في أوساطها
 والالتماء بالتفاصيل واثبت فوراً في أمورها . ولو فرضنا جدلاً أن هذه الهيئات لا تعمل
 بأعمالها غالباً إلى الحد المرجو من الكفاءة، فإن هيئة عملية عاجزة خير من إدارة رئيسية
 تدير الأعمال فيها بطريقة آلية نظراً لتسببها وتعقدها

﴿توحيد الهيئات المتفرقة على تنفيذ أعمال صحية أو تعدادها﴾ النظام الحالي في مصر أدى
 إلى تمدد الهيئات التي تتولى أعمالاً هي من صميم مهام السلطة الصحية . فهناك مستشفيات
 تابعة لمجالس إداريات بجانب أخرى تابعة لوزارة الأوقاف، وهناك منظمات لرعاية الأمومة
 والطفولة تابعة لهيئات متعددة . كما أن وزارات كوزارة الأشغال تصرف على أعمال من صميم
 الأعمال الصحية الخاصة بالمجاري ونظافة الشوارع، وهكذا

ونظرة في البلاد الأخرى تقطع بضرر هذا، فقد قالت اللجنة الصحية الملكية البريطانية
 التي أنشئت لدراسة هذا الموضوع بالذات في تقريرها سنة ١٨٦٩ ما يأتي :-
 « كل السلطة اللازمة لصحة مدينة أو منطقة ما، يجب أن تكون تحت تصرف سلطة
 واحدة، ويجب أن لا تخلو منطقة ما من سلطة صحية مشرفة عليها، ويجب أن لا يكون في
 منطقة ما أكثر من سلطة صحية واحدة

ويجب أن تصرف السلطة الصحية للمملكة إلى معالجة المسائل الكبرى وتتجنب المراجعة
 التفصيلية لأعمال السلطات المحلية، ما دامت تؤدي النهاية الصحية للأعمال الصحية الضرورية
 وذلك بتفتيش دوري على أعمال هذه السلطات

﴿نوع السلطة المحلية الصحية الصالحة لمصر﴾ تبيين مما سبق أن هناك ضرورة ملحة
 لإنشاء سلطة صحية تتركز في يدها جميع الأعمال الصحية في كل منطقة . والآن علينا أن نقرر
 هل تكون هذه السلطة ممية أو منتخبة . . . وهل تكون للمناطق ضيقة أو واسعة والجواب
 عن هذه الأسئلة تصح من دراسة التجارب التي مرت بها البلاد الأخرى ذات النظم المختلفة
 ففي البلاد الديمقراطية كبلادنا حيث أساس الحكم فيها هو النظام النيابي، يجب بالبداهة
 أن يتغلغل هذا النظام في شتى أنحاء البلاد . ورؤى أنه أفضل قد طبق في مجالس إداريات

والمجانس البلدية والصحية. وإذا أريد أن تتحمل المنطقة الصحية المحلية النفقات اللازمة لأعمالها أو جانباً كبيراً منها فبحسن أن تكون هيئة منتخبة لها سلطة في تقرير المراتب في حدود معينة كما هو الحال الآن.

ولا تكرر أن أهمان مجالس المديرية في مصر وفي البلاد الأخرى موضع انتقاد شديد من ناحية أعمالها ومخالفاتها، وقلة الخدم في إدارتها وسهولة انقيادها في بعض الشؤون.

ولكن هذه المساوئ نافية بجانب ما تحققت من الإصلاحات بمرور الأيام وهو ما لا يمكن تحقيقه بواسطة إدارة مركزية. وفي مصر نفسها أمثلة عديدة على التقدم السريع الذي تم على يد هذه المجالس في عواصم المديرية وفي بلدية الإسكندرية، مع ما كمل لها من الاتهامات أما النظام الآخر فيكون يتعين طبيب صحي لكل منطقة تكون بيده المنطقة الصحية المحلية في دائرة التبرزين التي تصدرها السلطة الصحية الرئيسية والتي يخضع لتسييرها. إلا أن الدوائر الصحية الصغيرة تقع هيئتها المنتخبة تحت تأثير انقاسه وتجاهلات في محيطها الضيق (كما هو الحال في المجالس القروية) وعلاوة على ذلك فهي بحكم صالة مواردها لا يمكنها استخدام الموظفين الأكفاء الذين يمكن الاعتماد عليهم، ولا الاتفاق على وجوه الإصلاح المطلوبة. وهذه المساوئ لوحظت بالفعل في بلاد عريقة في الحضارة والحياة النيابية كبريطانيا لهذا اقترح أن تكون دوائر الصحية أوسع نطاقاً من المجالس القروية حتى تنفادى هذه المساوئ، فيكون تمدد الدائرة الواحدة حوالي ٣٠ الف نس

وقد لوحظ في تحديد هذه العدد مقدرة طبيب الصحة فهو يستطيع أن يتولى مع مساعديه، كماون الصحية وملاحظ النظافة ومنتش الأكلات، خدمة هذه المنطقة على أوفى وجه. وفي وسع هذه المنطقة أن تتحمل النفقات اللازمة لمثل هذه الإدارة إذا قدمت لها معونة مالية لا تردى خزانة الدولة. وتستطيع هذه المجالس أن تتولى شؤوناً معينة أخرى كالإشغال المنزلي وصيانتها ووسائل الاتصالات وغيرها من الشؤون المحلية.

في ضمن تحسين صحة التمدد والتجموع على أساس هذا النظام (١) أن الطبيب الصحي وهو صمد هذا النظام، يجب أن يكون اختصاصياً في شؤون الصحة وإن لا يمارس صناعة الطب للجمهور بأجر تنادياً من منافسة الأطباء الخصوصيين، وضماً بجهوده التي يجب أن يقفها على تحسين الحالة الصحية في المنطقة. وهو يمثل وزير الصحة في منطقته وتحتدر جميع السلطة الصحية في يديه تحت إشراف الهيئة المنتخبة ورقابة وزارة الصحة الفنية، ويعمل في حدود التفرق بين أعمالها في البلاد. ويجب أن يكون غير منحيز في عمله، وأن يعمل على التخلص من كل عائل يضر بالصحة في منطقته.

في الوسائل المادية للحفاظ على صحة الفرد والجموع لا يتحقق هدف وزارة الصحة في تحسين صحة الأفراد والجموع ما لم يزود الجسم الانساني باحتياجاته انماية والحفاظة عليه من المؤثرات الخارجية الضارة بها. وعلى ما قدمنا يجب ان تخضع جميع هذه العوامل بسطة محلية واحدة لا تتعدد. وقد اخصينا هذه الاحتيايات سابقاً وسنذكر على كل منها باختصار

٣ -- العوامل الصحية العامة

١ -- مرافق صحية منزلية لكن مائلة خصوصاً مرافق صحي وازالة النفايات هذه المشككة حلت في بعض المدن الكبرى كالقاهرة والامكندرية وسفطا وبورسعيد باشاء نظام المجاري مع انه لم يشمل بمد جميع المنازل في هذه المدن. وحتى هذا المجاري لا يتم من العيوب الصحية لانها غير خاضعة تماماً للرقابة الصحية. لجميع مشكلاتها والمقبات التي تعترضها تحمل دائماً على حساب الناحية الصحية لان القائمين عليها لا يهتمون بهذه الأمور العناية الواجبة. ومن الغريب ان ادارات الحكومة المصرية لا تراعى قوانين البلاد الصحية. وليس هناك سبيل مجدٍ لحلهم على النهوض بواجباتها الصحية. فالك بركة من الاهالي يمكن الزامه بردمها او ترمم على حسابه وتحمل النفقات. ولكن برك الحكومة لا يمكن اتخاذ اجراء ما بشأنها ولو كانت مجاورة لبرك الاهالي. أما في القرى فلم يعمل شيء في سبيل تزويد المنازل بالمراحيض بمد. فقد دل الاحصاء في بعض القرى على ان ٢٠٪ في المائة فقط من المنازل بها نوع من المراض. وبعض هذه المراحيض غير صحي. أما بقية المنازل فليس بها مراحيض ماء فيتبرز السكان في حظيرة المواشي، أو على الاسطح ويتبرز الاطفال في جوارب الطرقات

على ان هذه المشككة ليست سبلة الحل. فالمراض الذي يلي بحاجات القروي المصري لم يوجد بعد. إذ ان عاداته تحتمل اختلافاتاً تاماً عن صفة القروي الاوربي الذي نقل عن بلاده أكثر منساقاً. فالاستنجاء متبع في الامم الاسلامية فيجعل مشككة اراحيض مشككة خاصة. وعلاوة على ذلك فان روث المواشي يكثس على الارض حول المكان بالقرى القروي ولم تكن بعد مشككة عزل المواشي عن الأدميين مع ضرورتها. إلا انه قد بدأت أخيراً تحجيرة في هذا الباب على جانب كبير من خطر الشأن في منطقة كوم امبو وهي تبشر بنجاح باهر. ومن البديهي ان الاشراف على تزويد المنازل الريفيه بنوع ما من المراحيض ورتابها والعناية بها لا يمكن ان تتولاها سلطة رئيسية مركزية

٢ -- مورد مستقر للمياه الصالحة لشرب لسكل مائلة

هذه مشككة نانية كبيرة الشأن لم نحل بعد، حيث يستقي أغلب سكان القرى من الياض الملوثة

من النهر والترع . وفي أثناء السنة الشتوية يقومون بتصفية الطين من قاع الترع للحصول على ما به من المياه الآمنة ، وهي حال على أسوأ ما يمكن تسوره من الانتشار بصحة الانسان . وما زالت الهيئات الرئيسية في مصر تطاحن في مناقشة عنيفة حول تفضيل تعميم المشروعات الكبيرة لترشيع المياه وتوزيعها ، على مشروعات صغيرة يستمد الماء بها من جوف الارض . مع أنه بما لا شك فيه لدى الجميع ان أيًا من الطريقتين فيه الكفاية للتخلص من الحالة السيئة الحالية لمياه الشرب في مصر . ونحن في حاجة ملحة إلى سرعة التنفيذ وهنا أيضاً قد انفلت هذا الامر من يد الادارة الصحية وتناوله المهندسون الذين يقومون على انشاء هذه المشروعات غير عاشرين برأي الرجال العاشرين . وهو ما نهت اليه اللجنة الملكية البريطانية في أواسط القرن الماضي من أنه يجب تركيز جميع المرافق الصحية في أيدي رجال الصحة وان لا تعتمد السلطات المهيمنة عليها

ويانفلت أنشأت إحدى الهيئات المحلية وهي مجلس مديرية التليوبية مشروعات قليلة النفقة وافية بالغرض في القرى مما يزيد ما أسلفنا الاشارة اليه من تفصيل الهيئات المحلية على الهيئات المركزية وانها أقدر منها على الاصلاح

٣ - عدد من الغرف صالحة للسكنى كافٍ للعائلة بمعدل غرفة لكل شخصين

لا يكاد يكون هناك أثر لاشراف الهيئة الصحية على هذا الموضوع الهام لصحة الافراد والمجموع لا في المدن ولا في القرى المصرية . والاشراف الضئيل في القاهرة والاسكندرية يكاد يكون محصوراً في تخطيط الشوارع وما يسمره (خط التنظيم) رغم ما تبينه الاحصاءات العامة من ان المساكن في المدن مكتظة بسكانها وقد تعيش عائلة بأسرها في غرفة واحدة مما لا يحدث ضرراً صحياً وحسب ، بل أضراراً اخلاقية بائنة

وهذا العامل النعال في صحة أفراد الشعب المصري غير خاضع في البلاد الكبيرة للهيئة الصحية . وعدا ذلك فنظافة هذه المنازل من قمامتها ومن قمامة الأزقة والشوارع - وهي من أهم الاعمال التي يعنى بها رجال الصحة في البلاد الراقية لعلاقتها بانتشار الديدان ونقل شتى الامراض - لا تدخل في دائرة الاشراف الصحي في مصر ولا أثر للعناية بها في القرى المصرية بل الاهتمام بالقيامه في القرى عمل لا وجود له أصلاً

٤ - العلاج والتبريض لغير القادرين

هذا الموضوع هو محل عناية القائمين على الصحة في مصر . وفي هذا المضمار أصابوا نجاحاً لا بأس به فكثرت معاهد العلاج المختلفة في جهات البلاد المتعددة . ولكنها لا تكفي للعدد الوافر من المرضى وهو راجع الى سوء الحالة الصحية في البلاد وهدية الاقبال على المستشفيات

قلل من فائدتها . إذ إن الطبيب الواحد يخصص ويعالج مئات من المرضى في ساعات العمل المحدودة وهي التي لا تتعدى خمس ساعات . فإدى ذلك إلى الإهمال الشديد والتقصص الطبي مما زاد في الظن أنه أن تراحم على أبواب هذه المستشفيات الأغنياء والفقراء ويمكن الأغنياء عا لم من نفوذ ووساطات من النظر بعناية لا يأمن بها على حساب الفقراء

٥ - ضمان الكفأف من العيش لكل عائلة بنظام التأمين أو الإعانة

إن العناية بالأمن الجفانية للإنسان وتزويدها بما يلزمها من وقود (أي غذاء) واتخلص من فضلاتها وأحفاظة عليها من التلوثات الخارجية ، وتوفير ما يلزم لها من ملابس ومكن ضروريين لسلامتها وتمتعها بالصحة ، والنققات اللازمة لذلك (وهو ما نعده الكفأف) يجب أن تضمنها الدولة بواسطة إدارتها الصحية ، وهي متروكة الآن للصدف وعناية الأقارب بفقراءهم ، وإلى شعور المحسنين . وحرام أن يترك حول حياة الأفراد على الغارب

وظاهر من ألفة في مصر أن هذا الحد الأدنى لا تحصل عليه نسبة لا يستهان بها من السكان لفة أجور انيد العاملة وكثرة أفراد العائلات التي يسولها القادرون على الكسب وعدم توفر العمل في سائر أيام السنة وعدم وجود مدخرات مالية لتفاجآت المرض أو الحوادث وقد تركت مسألة الأجور خاضعة لنظام العرض والطلب ، وهو نظام يؤدي في الأماكن المكتظة إلى هبوط أجور المهائ عن الحد الأدنى اللازم لتدبير ضرورات المعيشة

وقد قاوم الرأسماليون كثيراً تحت ستار (حرية السوق) تدخل الهيئات التشريعية في تقرير حد أدنى للأجور وتأمين الطبقات العاملة ضد العوض وعند البطالة على حساب الخزانة العامة . ولكن في العصر الأخير تقلبت النظرية الإنسانية ورجحت كفة الأناصف للطبقات العاملة من الرأسمالية إذ ثبت أن في السوق الحرة لا رحمة للضعيف . وقد حدث هذا لأول مرة منذ عهد قريب في مصر . فقرر رئيس مجلس الوزراء أن لا يقل أجر العامل في خدمة الحكومة عن خمسة قروش صاع في اليوم ، ونصح الهيئات الأخرى باتباع ذلك . وهذا العمل يعود بالعائدة الكبرى على الرأسماليين أنفسهم بمنح الانقلابات الاجتماعية العنيفة التي تنتج عنها عن سوء حالة الطبقات العاملة

وإننا ننتظب استعجال من المعوزين والفقراء عندما نطالبهم بالمحافظة على صحتهم بالنظافة والتغذية الضرورية والسكن في أماكن ملائمة . فليس في مقدورهم مطلقاً التغلب على العوامل السيئة التي تحيط بهم

وقد ثبت أن النفاقة تؤدي إلى المرض بطريق مباشر أو غير مباشر في ٢٠ في المائة من الحالات ، كما دلت الإحصاءات في كثير من البلاد على أن المرض من أهم أسباب النفاقة .

فقد بلغت ٦٠ في المائة في بعضهما، عدا أثر المرض في تسبب الفاقة لأفراد العائلة التي مرض مائتها. والتقرر يدعو إلى استقلال الاطلاق في العمل في سن مبكر فينشأون ضعافاً وتتفاقم حالتهم الصحية

وقد كان أول عمل صحي في تاريخ الدنيات هو العناية بالتقراء ورعايتهم منذ أقدم العهود ومازلنا نرى في بلادنا هذه أثر النكاي والملاهي والأسيلة والاقواق الخيرية. وذلك قبل أن نعرف مصر أي نوع من الادارة الصحية

ان لارجل القادر على العمل، حقاً في الحصول على الكفاف من العيش له ولعائلته مادام على استعداد تام للعمل. فإذا لم يجد عملاً وجب على الدولة ان تعمل له هو وعائلته ولكنها يجب أن لا تشجعه على البطالة فعملها أن تعطيه اقل قليلاً من اجره اليومي اذا تعطل عن العمل وقد حلت هذه المشكلان في البلاد الاخرى بطرق شتى من السهل اقتباسها بعد جعلها ملائمة للبيئة المصرية فمن هذه الحلول

(١) التأمين ضد البطالة

(٢) اعانة غير القادرين على العمل من الرجال واىواؤم واعانة النساء والاطفال الذين

لا عائل لهم واىواؤم

(٣) التأمين الملاحي لكن شخص يقل دخله عن رقم محدد

(٤) معاشات للشيوخ يتناولها كل رجل وامرأة جاوز الستين من العمر اذا لم يكن له

ايراد كافٍ

(٥) نشر الصناعات المنزلية في البيئات الزراعية التي لا يتوافر فيها العمل على مدار السنة

ومما جرد بالذكر ان وزارة الشؤون الاجتماعية قد بدأت بداية طبية في معالجة هذه

المشكلة انسحبة من أساسها في القرية المصرية. مستعينة على ذلك بالتعاون والتبرع والمساعدة

الحكومية وتبشر هذه الاعمال بنتيجة مرضية

ونلاحظ ان هذه المساعي للدولة هي من صميم الاعمال الصحية وهما هي ذي ايضاً تتولأها

هيئة غير الهيئة الصحية المختصة

ومن الخير كما قدما ان تتوحد هذه المساعي تحت ادارة هيئة صحية موحدة وان تكون

وزارة الشؤون الاجتماعية جزءاً هاماً من وزارة الصحة كما يجب ان يضم الى وزارة الصحة

ايضاً الجزء الاكبر من وزارة الاوقاف وهو الخالص بالاقواق الخيرية ليكون نواة للاموال

التي تخصص لاعانة التقراء كما قصد الواقفون. لان هذه الهيئات الثلاث تعنى بسد الحاجات

الغداية الضرورية لجسم الافراد وما يتلاق بذلك عن قرب