

الإصلاح الصحي في الريف

لحضرة صاحب العزة الدكتور عبد الواحد الوكيل بك

أستاذ علم الصحة والطب الوثنائ بكنية الطب

مشكلة الإصلاح في المناطق الريفية ومكانها القرويين ، حتى في الممالك الأوربية والأمريكية الراقية ، تعتبر المحك الحقيقي لليقظة الاجتماعية والانسانية بين الطبقات المتعاملة في تلك الشعوب ، كما أنها تعتبر ميزان الجدارة الإدارية للحكومات .

فالطبقات المتعاملة ، أو أغلبية أفرادها على الأقل في الوقت الحاضر ، تتكون من أبناء الريف . وهم بذلك يحملون في أعناقهم ديناً كبيراً للطبقة التي منها برزوا وعلى أكتافها ارتفعوا ذلك الدين أن يكونوا لسائنها الناطق وعقلها الباحث ، وأن يظلوا كما طول حياتهم دعاة إصلاح وطلاب رفق وإنهاض .

أما الحكومات فإن جدارتها لا يمكن أن يكتفى في قياسها بما تقوم به من مشروعات سهلة نسبياً ، تكدمه جزء راق من الشعب مثل مكان المدن ، أو شق ترعة ، أو إقامة قناطر أو تجنيد جيش فحسب ، بل إن جدارتها العظمى يجب أن تتبدى في رفع مستوى الحياة العائلية والشخصية بين أغنيية السكان ، وهم أهل الريف .

ومع ذلك فيجب أن نعترف أن مشكلة الإصلاح لريفي سواء من الوجهة الصحية أو سواها ليست مشكلة هيئة التناول ، ولا هي سريعة الحل . وذلك لعدة أسباب ، لعل أهمها أن ذلك الإصلاح هو من النوع المركب لا البسيط ، إذ يجب أن يتناول رفع المستوى الرضي من عدة جوانب ، أعني رفع المستوى الاقتصادي والمستوى الثقافي والمستوى الصحي في وقت واحد ، لارتباط كل منها بالآخر ارتباطاً وثيقاً ، وتفاعل بعضها في البعض تفاعلاً مستمراً يجعل منها تسعة مشاكل لا ثلاثاً فقط . بل إذا زدنا عليها ضرورة تعاون الفلاح مع سواه صارت المشاكل ستة مشرلاً أربعا فحسب .

وقد ساعد على تأخر ذلك الإصلاح مختلف نواحيه ، أن السكان الزراعيين يعيشون متناثرين في زهاء أربعة آلاف قرية وعشرين ألف عزبة ، أي لا تضمهم بقعة واحدة يسهل فيها الإصلاح دون تكرار الجهود في تلك الألوف من الأمكنة . وأهم أنفسهم لا يكادون يشرون في فقرهم وجهاتهم بغضاضة كبيرة في أحوالهم المديشية والصحية ، ولا يلحون في طلب إصلاحها كما فعل مثلاً المشتغلون في مهنة الصناعة تلك المهنة التي هي أحدث في حياة الإنسان

من مهنة الزراعة ، ومع ذلك فقد نجح أبناؤها حتى بهصر في الحصول على حقوقهم المالية والاجتماعية والصحية ، مدعمة بالقوانين واللوائح ، قبل أن يحصل على مثلها أو أقل منها أقاربهم الفلاحون ، مستفيدين في ذلك بوجودهم .تجمعين في المدن وعلى مقربة من السلطات الحاكمة وتحت أنظارها .

وإذا اعتبرنا أن العمال جديرون بنيل تلك العناية الخاصة بحكم تعرض صحتهم وحياتهم في المصانع لأمراض وأخطار كبرى ، من إصابات وعاهات وأذى بالغبار والغارات والسموم وبحكم ميل أرباب الصناعة الى استغلال قواهم وجهودهم الى أقصى حد ، فإنه يجب ألا تظن أن الزراعة في بلادنا الحارة بصفة خاصة ، يجب اعتبارها كذلك صناعة مؤذية ، إذ أن لها نوما خطيرا من أمراض المهنة كالبهارسيا ، والانكلستوما ، والملاريا ، والتعرض للعوامل الجوية الشديدة من البرد في الشتاء ، الى ضربة الحر والشمس في الصيف ، فضلا عن مشاكل الأبخار والأجور وغير ذلك مما يحتاج الى وقاية صحية وحماية اجتماعية .

أما تأخر الإصلاح الصحي بصفة خاصة في الريف فيجب لمعرفة سببه الأساسى أن نحدد أولا موقف ذلك الجانب بالنسبة لسواه من عوامل المشكلة الريفية . ذلك أننا إذا أمعنا النظر لوجدنا أن أسوأ تلك العوامل وأكثرها إثرا في الحالة الصحية هو عامل الفقر . بحيث لا ينظر بلوغ درجة كبيرة من النجاح الصحي مع بقاء أغلبية الفلاحين في مستواهم الاقتصادي الخاى . أى مجرد إجراء يشغلون للحصول على الكفاف من القوت .

ويكفى لإثبات ذلك ما نراه من أن امتلاك أى فلاح لشيء من الأرض ولو كان فداناً واحداً يرفع و الحال مستواه الصحي ومستوى زوجته وأولاده درجات فوق مستوى حيرانه ، وذلك لتمكته من الحصول على مقدار أكبر من تلك الضروريات الأساسية للصحة الشخصية وأهمها ثلاثة أشياء هي الغذاء الصالح ، والملبس الكاف ، والمسكن المناسب .

فالفقير ، مهما كان جاهلا ، سواء في الريف أو الحضر ، ميال بطبيعته وغيرته لتحسين حالته الجسمانية والمعيشية ، تواق لرفع مستواه بذاته إذا تيسر له قليل المال . أما إذا بلغ من المترتبة القدر الذى عليه فلاحنا اليوم فلن ينتظر لحالته الصحية تحسن ولو كان فلاحا انكليزيا أو أمريكيا ، أى في تلك الأقطار المتمدنة بأرقى نظام صحى وأكمله .

وإذا كنا في بلد لا يستطيع أغلب أهليه شراء نعل بقرمش ونصف أو قرشين يقبهم صدوى الانكلستوما ويرفعهم عن طبقة السائمة ، بحيث يقترح البعض شراء تلك النعال وإهدائها اليهم ، ويخشى آخرون أن يبيعوا تلك النعال بعد توزيعها عليهم كما فعلوا في الصابون الذى منح لهم في بعض الجهات لفصل أبدانهم ، فلا يجب أن نتمب كثيرا في وضع أصبعنا على مصدر الضرر وعلة العلل . وهو الفقر .

وإذا كانت الحكومة ومجالس المديرية والمجالس القروية تستطيع توفير مبل الملاج والوقاية الطبية لتلك الملايين ، فإن هذه الخدمات مع ضرورتها لا يمكن وحدها أن تصل الى الهدف المنشود كالأبلا ، إذ أن خزائنة هذه الهيئات لا تستطيع أن توفر لهم جميعا تلك الضروريات الأساسية وهي الغذاء الكافي والملبس والمساكن الماسيين التي بدونها لا يمكن في النهاية منع المرض أو العيش في حياة صحية أو شبه صحية .

فإذا أمكننا تخفيف أثر الفقر في الريف بالعمل على حسن توزيع الثروة الزراعية في المستقبل وحماية ملكية الفلاح لها بتحديد أقصى حد لما يمكن أن يمتلكه منها الأغنياء ولو في قابل الأيام فيضطرون بذلك الى استغلال أموالهم في الشركات والمصانع والمباني وما أشبه ذلك ، بدل لضمها في شراء الأراضي الزراعية ، وإذا عملنا على سرعة إصلاح الأراضي البور ، وري مناطق أخرى من الصحراء لتوزيع تلك الأراضي على فلاحى المناطق المزدهرة ، وإذا عملنا على تحسين غلة الأرض ، وسمرة إدخال زراعات وصناعات زراعية جديدة ، وتصميم الجمعيات التعاونية وما إلى ذلك مما أتركه الى من هم أفضل منى بين الباحثين ، لو فعلنا ذلك لأمكننا السير حثيثا في النهضة الصحية بأسرع مما كان وما ينتظر .

وهكذا إذا شئنا توزيع المسئولية الأساسية في تأنر الأحوال الصحية في ريف هذه البلاد وجب ألا نضعها كلها على باب وزارة الصحة ، كلا ولا كلها على باب الفلاح ذاته ، بل وبما كان الواجب وضع شطرها الأكبر على أبواب أخرى ، أو على باب وزاراتنا ونوابنا الذين يصططهون ، بطريقة حاسمة أو تدريجية ، تغيير نظامنا الاقتصادي وجعله أجدى على الفلاحين الفقراء عما هو الآن . وهو تغيير يتم في ممالك عديدة أخرى . معتبرين إياه أساسا للنهضة الصحية الريفية وسواها من النهضات . أو بتعبير آخر معتبرين إياه قتلا للافى بدق رأسها حيث تلك الرأس هى الفقر بينما جسم الأفى هو الجهل وذنبها المرض .

ومع ذلك فإننا يجب ألا نجلس صامتين عن تحسين الشؤون الصحية الريفية ، منتظرين تحسين دخل الفلاح ، أو شموله بمثل تلك الرعاية القانونية التي يتمتع بها العمال الصناعيون ، فإنه من جهة يظهر أننا سنتظر طويلا الى أن يمن الله علينا بمصاح جرىء يؤدي هذه الخدمات البنى للبلاد ، ومن جهة أخرى فإن سوء الحالة الصحية القروية ، وإن رجع أغلبه الى الفقر فإن هناك عوامل أخرى مسببة له ، كإهمال السلطات لشؤون الريف مدة طويلة ، وكتفشى الجهل والعادات السيئة بين سكانه ، ونظما سياسة الرى والصرف القديمة ، وما أشبه ذلك مما يمكن ملافاته سريعا أو تدريجيا لرفع المستوى الصحى درجة عما هو الآن .

ولتحسين الحالة الصحية في الريف يجب أن يكون أول ما نضعه نصب أعيننا أن الفلاح في حالته الراهنة هو شخص متقل بأمراض عديدة ، كالبهاارصيا المصاب بها ٧٥ ٪ من

السكان ، والآنكلستوما المصاب بها ٥٠٪. والديدان المعوية الأخرى المصاب بها ٥٠٪. أيضا ، والملاريا المصاب بها ١٥٪. من سكان الدلتا ، والرمد المصاب به ٩٠٪ ، واللاغرا المصاب بها ٧٪. ومرص الزهري المصاب به ٧٪. تضاف الى ذلك أمراض الأطفال خاصة كالإسهال وغيره وهي ما تسبب أكثر من نصف الوفيات العمومية .

ومثل هذا المجتمع المنقل بالأمراض يحتاج منا الى نوعين من الخدمة ، أوطها اسمافه سريعا من الوجهة الطبية بتوفير سبل العلاج له من تلك الأمراض ، وثانيهما العمل على وقايته من تلك الأمراض .

أما النوع الأول من الخدمة الصحية الريفية ، وهو توفير سبل العلاج لهذا الفلاح المريض فهو نوع أسهل مثلا من الآخر ، ومع ذلك فلا يمكننا القول إننا بلغنا فيه درجة تذكر من النجاح . فقد سارت خطة العمل مدة طويلة ، أى منذ عهد الحكم البريطانى ، على انشاء مستشفيات عمومية فى بنادر المديرىات والمراكز لخدمة سكانها وسكانبرى الامة لها ، فلما وجد أن الفلاح لا يلجأ الى تلك المستشفيات لبعدها عن مقر عمله ، هذا ما لم يبلغ درجة اليأس فى مرضه ، صار تعديل تلك الخطة بابتداع مآشعات متنقلة مختلف الأمراض كالرمد والأمراض المتوطنة ، تضع خيامها فى جهة ما شهرا أو اثنين أو أكثر ثم ترحل الى سواها ليعم خيرها المزروع مختلف الواحى واجهات .

ويكفى دليلا على عدم نجاح هذه السياسة العلاجية الريفية النجاح الوافى ، وعلى ضرورة العمل على تغييرها حتى تماشى حاجة البلاد ، وزيادة السكان والأمراض فيها . أن نسبة الوفيات فى الريف لم تنخفض شيئا فى غضون هذه السنين الطويلة ، بل تلك النسبة قد ارتفعت من متوسط ٢٤ فى الألف فى الخمس السنوات (١٩٢١ - ١٩٢٥) الى ٢٤,٣ فى الفترة التالية (١٩٢٦ - ١٩٣٠) ثم الى ٢٥,١ فى الألف فى ائمة (١٩٣١ - ١٩٣٥) ، أى ان الحالة قد زادت سوءا فى الريف بمقدار ٥٪ على الأقل فى تلك الخمس عشر سنة ، بينما أن سكان الحضر المصرى هبطت وفياتهم فى تلك الفترة ذاتها بمقدار نحو ١٠٪ ، كما لا يستطيع أحد القول بأن عدد المصابين بالأمراض الهامة من متوطنة ومساها قد انخفض فى تلك الفترة الانخفاض اللائق بطب القرن العشرين .

كما أن وفيات الأطفال الرضع فى الريف قد ارتفعت كذلك فى تلك المدة نفسها من ١٢٩ الى ١٣٨ الى ١٥١ لكل ألف موارداى زادت بمقدار ١٧٪ ، بينما أن المدن المصرية سجلت فى تلك المدة انخفاضا بمقدار ٧,٥٪.

ولعل فى هذه الأرقام برهاننا مقننا على عدم سداد الخطة العلاجية التى لا تزال متبعة الى اليوم كترات من الماضى . فإنه يجب ألا ينظر من الفلاح ، وهو فى جهله الحالى ،

واتكاله على القضاء والقدر ، مع كثرة أعماله الزراعية ، أن يرحل كيلو مقرات عديدة للوصول الى الطبيب في المستشفيات المركزية . كما يجب ألا ننظر إلا أقل فائدة من ذلك النوع الأخر من تلك المستشفيات أى المتنقلة ، التي هي مع ذلك قليلة العدد ، والتي قد تحسن الحال بها ما أقامت فإذا رحلت عاد المرض فاحتل الأبدان والأجسام .

ومن عجب أنه مع ظهور هذه الحقائق ، ولمس السلطات المسئولة لها من سنوات عديدة ، لم تحدث الا محاولات طفيفة لاتباع أو تجربة خطط أخرى . ذلك ما جرب من انشاء مستشفيات قروية رفضها البراءان فيما بعد لكثرة نفقات انشائها ، وعدم استكمال فائدتها . ومثل انشاء وحدات صحية شاملة ، لها برنامج جميل على الورق ولكنه غير منفذ فعلا . كما أنه يقصد بها خدمة ٣٠ ألف من السكان وهو أكثر مما يطيقه طبيب لكثرة المرضى فيهم .

كما أن السلطات لم تتعب نفسها قليلا كي تعرف ما هو متبع في المملك الزراعية الأجنبية الشبيهة بمصر والتي نجحت نجاحا بارزا في رفع المستوى الصحي بين فلاحها في بضعة سنين . يقال في الأمثال إنه اذا لم يتحرك الجبل الى محمد فان محمد يتحرك إليه . وعلى هدى هذه الحكمة يجب أن تكون سياستنا العلاجية الريفية .

فالريف المصري ، أو أغليته على الأقل ، لا يمكن لسكانه الاستفادة من المنشآت أو الخدمات الموجودة في عواصم المديرية وبنادر المراكز . ولذا يجب تقسيمه الى وحدات أو مجموعات أو مراكز جديدة تختلف كثيرا عن نظام المديرية والمراكز الكبيرة الحال التي ورثناه من القرن الماضي . مراكز صغيرة لا يتعدى سكانها عشرة آلاف نسمة ، ولا يزيد قطرها عن الخمسة عشر كيلو مترا ، تشبه بتلك المراكز التي انشأها المملك الزراعية الأخرى والتي لا يزيد سكانها عن خمسة أو ستة آلاف وقطرها عن بضعة كيلو مترات قليلة .

هذه المراكز أو الوحدات أو المجموعات القروية الصغيرة الجديدة ، يجب اعتبارها بمثابة الخلية من جسم الأمة ، وفي هذه الخلية ومنها يجب أن يبدأ الاصلاح الحقيقي لهذه البلاد ، لإصلاح لا يتناول الفلاحين والفلاحات الحاليين فحسب ، بل يتناول كذلك أطفال الفلاحين أي الجيل الجديد الذي هو أمة الغد المرجو المأمول .

فاذا ما اقتنعت السلطات بضرورة هذا التقسيم الجديد للاصلاح الصحي والاجتماعي في الريف ، متشجعة في ذلك بنجاحه في كثير من الأمم الزراعية الأخرى ، أمكن تدير شؤون الملاج للفلاحين رويدا بطريقة ناجحة ومناسبة لهم . بل كذلك أمكن في بضع عشرات من السنين ، تدير شؤون الوقاية الصحية وكذلك ادخال الخدمات الاجتماعية والاقتصادية في الريف عامة بطريقة أنجح وأجمع ، لا إرهاق فيها للموظفين الفنيين ، ولا لجمهور الفلاحين .

وفي كل من تلك المراكز أو المجموعات الصغيرة، يجب أن تتمثل الخدمات الفنية اللازمة للفلاح. فمن الوجهة الطبية يفتقر مركز صحي دائم يتكون من طبيب مقيم متمرن عن أمراض الفلاحين الهامة، وهي لا تزيد عن عشرة أمراض، وعن شؤون الوقاية الطبية من الأمراض المعدية، وشؤون التغذية الصحية، تساعد زائرة صحية لتوليد النساء. ورعاية الأطفال. يجاورهم حمام صغير بسيط به خمسة أو ست فوهات رشاشة لنقاوة الرجال والنساء والأطفال. وبضع أسرة لإقامة الوالدات.

ولا أقصد بالإشياء، أن نقيم بناء نفخا لتلك المراكز الصحية يتكلف الكثير من المال. وإنما يكفي تأجير أية دار في القرية، كما فعلت الجمعية المصرية للدراسات الاجتماعية في قريتي المنايل وشطانوف، يمكن بقليل من المال ولو على نفقة السكان تهيتها لتكون مركزا صحيا مناسباً للريف.

ويمهل بعد ذلك ربط هذه الوحدات الصحية بسيارات نقالة في المستشفيات، لنقل المحتاجين إلى عمليات جراحية، أو فحص طبي خاص بالأشعة أو سواها، أو عناية خاصة في العيادات الداخلية. كما يمكن الاكتفاء بذلك الطبيب عن إنشاء مستشفيات متقلة لعلاج الأمراض المتوطنة وكذلك الرمد مع إمداده بأخصائي في العيون مرة في الأسبوع أو الشهر لمساعدته وإرشاده.

وإذا كنت أذكر لحضراتكم هذه الخطة اللازمة بصفة أساسية للخدمة العلاجية في الريف فليس ذلك نتيجة التخيل أو التوهم، بل لقد كان لي الحظ في مشاهدة عشرات منها بنفسي في عمالك مختلفة، بل لقد كان لي الحظ في مشاركة بعض أطبائها العمل، وكذلك المبيت في بعضها أثناء تجوالي.

ولا بد لي هنا من أن ألم المسامة ولو موجزة بذلك الجانب الآخر العويص من المشكلة الصحية الريفية وهو مشكلة الوقاية العامة. وصعوبة الأمر في هذا الجانب أنه يتطلب مالا وجهداً غير قليلين. فإذا كانت الوحدات أو المراكز الصحية التي سبق ذكرها تحتاج إلى مال غير قليل بحيث لا يمكن تعميمها إلا في مدى عشرة وخمسة عشر سنة، فإن التحسين الصحي العام في الريف، سيحتاج في اتسامة كاملاً أو شبه كامل إلى مدة أطول ومال أكثر. كما أنه يحتاج إلى تعديل بعض المشروعات المتبعة لتحقيقه في الوقت الحاضر وهي المشروعات التي ذات الدلائل على عقمها أو بطئها أو عدم ملائمتها لأحوال الفلاح وعاداته.

ولنأخذ مثلاً في ذلك تلك المناش كل الرئيسية وهي إمداد الفلاحين بمياه الشرب النقية. وردم البرك والمستنقعات ومشكلة إنشاء المساكن الصحية.

أما مياه الشرب فاننا اذا استبعدنا مديرية القوم ، وكذلك الخمسين كيلومترا الشمالية من الدلتا ، وهى المناطق التى لا يمكن فيها استعمال الآبار لمروحة امياه الخوفية ، والتى يصعب فى بعض جهاتها الشمالية ايجاد كمية كافية من مياه النيل أياما عديدة لوجودها على أطراف الترع ، فاننا نجد فى الإمكان حل هذه المشكلة بصفة مؤقتة على الأقل ، بل ربما كذلك بصفة دائمة ، بامداد الجهات الباقية من القنطرة وهى ثلاثة ارباع القري واعزب كافة أى ما لا يقل عن ثلاثة آلاف قرية و ١٥٠ ألف عذبة بمياه جيدة نقية على أهون سبيل ، وذلك بواسطة فرس آبار عميقة تتراوح نفقة كل منها ما بين ٣٠ - ٣٠٠ جسيما .

وهذه الآبار لن تكلف الدولة فى الغالب أكثر من مليون من الجنيهات ، يمكن صرفها فى غضون أربعة أو خمس سنوات ، بدلا من الانتظار سنوات لانتهاء لها حتى تتمكن الخزانة العامة من تدبير خمسة وعشرين مليونا لإنشاء تلك العمليات الكبرى المزمع تميمها فى كافة أنحاء القنطرة ، والتى تتكلف كل منها ثلاثة ارباع مليون من الجنيهات ، وتحتوى على معدات فاخرة من أوروبا أو أمريكا لتنقية مياه النيل ، وما لا يقل عن خمسمائة كيلومتر من المواسير ، وعشرات الخزانات الكبرى والصفرى فوق الأرض وتحتها . بخلاف نفقات الادارة والصيانة الطائلة .

نعم ان كل مصرى فلاحا كان أو متحضرا يفضل مياه النيل لشربه كما يفضلها لرى أرضه وحيوانه . ولكنه ما دامت تلك المياه هى لسوء الحظ فى غالب الأحيان ، مياهها ملوثة ، كريهة المنظر ، مليئة بالمواد المعلقة والميكروبات ، وتحتاج فى تنقيتها الى عمليات كيميائية وميكانيكية غالية الثمن والتكاليف ، فان إنشاء الآبار يجب أن يكون كما ذكرت الحل المؤقت بل ربما الدائم لهذه المشكلة الوقائية الأساسية ، كما هو متبع فعلا فى مدن كثيرة فى الوجه القبلى وكذلك فى النصف الجنوبى من الوجه البحرى ، بل كما هو متبع فى عشرات من الممالك الأخرى . ضاربين صفحا عن حصر تلك المياه أحيانا أى زيادة استهلاكها للصابون عن المياه النقية، وهو ما لا يقاس من ضرره بتاتا بفائدة كونها مياه نقية من الوجهة للبكتريولوجية وورخيصة فى الوقت ذاته .

أما مشكلة ردم البرك والمستنقعات - ويوجد منها ما مساحته زهاء عشرة آلاف فدان ملكا للحكومة ذاتها بخلاف ما يملكه الأهالى - فقد طال الزمن ، وسيطول كذلك ، فى التخلص منها ومن رداءة منظرها ، وما تؤدى إليه من توالد البعوض والعدوى بالملاريا وأمراض أخرى ، طالما أننا نظل على طريقتنا الحماية ، أى ردم ما يملكه الحكومة على نفقتها ، والاعتماد على قانون معقد ضعيف لردم ما يملكه لأهالى بمقرقتهم . فها قد مضت خمسة عشر سنة منذ زيادة الاهتمام بالبرك والمستنقعات دون فائدة تذكر . بل إن تلك المياه الآسنة

قد زادت في تلك المدة بين القرى وحولها بفضل التلكو في تميم مشروطات الصرف الزراعية .

ولعل أسهل السبل لحل هذه المشكلة في سنوات قليلة هو أن توهب برك الحكومة على الأقل الى القرى أو مجالسها القروية ، مع التزام السكان أنفسهم بردها في سنتين أو ثلاث مستعملين في ذلك الردم المرتفعات الكثيرة التي يراها الانسان في شوارع القرى ، وكذلك أراضي البجانات القديمة الكثيرة بعد جمع العظام منها ، وكذلك مستعملين التربة التي تنتج سنويا من تطهير الترع والمصارف ، والتربة التي يمكن قشطها من سطح الحقول العالية ، وغير ذلك من مواد الردم الأخرى .

إن الإلزام في ملافاة مثل هذه العيوب الصحية الكثيرة الضرر ، لا يحمل في الحقيقة معنى التحكم والظلم والجبروت إذ أنه من جهة إلزام مؤقت غير دائم ، كما أنه لازم له أجرته المالية . إذ ستتضع القرى بما يجيء من بيع البرك بعد ردها بصفتها أرضا قريبة من المساكن صالحة للبانى ، أو ما يحصل من إيجارها كأرض زراعية . فيمكن للقرى لإدخال خدمات طامة أو إقامة منشآت صحية أو تعليمية أو اجتماعية . أى أنه إلزام كله خير وبركة .

وأن لنا فيما كان متبعا من إلزام القرويين بحراسة جسور النيل أثناء فيضاناته العالية لعبء وعظلة فإن تلك الطريقة ، مع مساوئها ، كانت الطريقة الوحيدة لانتفاذ البلاد عشرات أو مئات السنين من ذلك الخطر ، حتى أمكن رويدا الانفاق على رفع مستوى الجسور فأمكن من بضع سنين تحرير القرويين من تلك الخدمة الوطنية الشاقة التي لا يقاس بها تكليفهم بدم برك قراهم في فترات فراغهم من الأعمال الزراعية ، ذلك الردم المفيد لهم أنفسهم من الوجهتين الصحية والمالية .

فالاصلاح الصحى ، وكذلك غيره من شؤون الاصلاح ، هو في الحقيقة سلعة تشتري بالمال . ولا يمكن للصالحين أن يصلوا الى أهدافهم بقوة الحكومة أو أموالها وحدها ، بل يجب أن يتعاون معها الأهالى وخاصة أولئك الذين يراد لهم النفع والخير .

ويكفى دليلا على ذلك ما نراه في الممالك الأوروبية التي بلغت الدرجة العظمى من التمدن والرقى ، إذ تكلف كل شخص في الدولة أن يقوم بخدمة مجانية لوطنه في أوقات فراغه ، فتستخدمه أحيانا في الإجازات بعيدا عن بلده ، في انشاء طرق أو مبان أو خدمة مرضى أو غير ذلك من الخدمات التي تعود على المجتمع عامة بالفائدة .

أما مشكلة انشاء المساكن القروية ، فيجب أن نطرح من أذهاننا إسكان حلها في الوقت الحاضر ، وأن نروض أنفسنا على الانتظار عشرين أو ثلاثين سنة أخرى للبدء في معالجتها

بصفة جدية ، أى انتظار ذلك الجبل الحديد من القرويين الذى سيرتفع اقتصاديا وثقافيا وصحيا فى لك لمدة بمضل ما نأمل من ولاء الأمور ادخاله من اصلاح فى غضون ذلك الزمن .

فإن الدار بالسكان ، قبل أن تكون بالحيطان . ومسئولية إمامتها موزعة إلى قسمين : قسم ارشاد ومعونة يسيره تقدمها الحكومة ، وقسم مقدرة مالية للإنشاء يقع على طاق صاحب الدار ، فإذا كان الاوّل ممكنا الآن فإن الاخر يكاد يكون فى حيز المستحيل .

وليس فى مقدورنا اليوم الا الصبر على قرانا القمذرة الرديئة المنظر ، المزدهمة بسكانها وعبوبها الصحية ، فهى ظاهرة من نتائج الفقر ، وصورة من صوره العديدة ، مكتفين فى العشرين أو الثلاثين سنة القادمة بإدخال ما يمكن من عادات النظافة المنزلية أو أى إصلاح آخر لا يكلف نفقة ينوء بها حمل ذلك الساكن الفقير .

وإنه ليحضرنى فى هذا انصدد مثل مفيد لما يمكن أن يجول فى ذهن المصلحين من الأمور التى تتميز ببساطة فى ظاهره ، وإكبتها توجد معقدة متعبة فى حلها . ففلاحنا المصرى مشهور ببيله فى منزله إلى سدّ النواقذ ، بل تلك النكوات الصغيرة العالية المسماة نوافذ ، كما أنه مشهور ببيله إلى إنشاء قرابه وإيواء حيواناته داخل العرفة التى فيها يقيم ويسام .

وقد يظن البعض أن منشأ هذه العادات الصحية السيئة هو مجرد الجهل وظلام التفكير بينما أنها فى الحقيقة ترجع إلى الفقر أكثر مما ترجع إلى الجهل . ترجع إلى حاجة الفلاح إلى الملابس والفتاء اللذين يفتأ به ويحفظاه شتاء ، كما ترجع إلى حرصه على بقاء بهيمته تحت نظاره ، وحشيتته من النوافذ الكبيرة التى تحمى حرمة منزله . وتعرضه لأذى أعدائه . وهكذا إذا أردنا أن ننشأ اليوم قرى جديدة للفلاحين ، فيجب إذن ألا ننسى تمولينهم معها بالملابس والبطاطين .

إن مجال الإصلاح الصحى الوقائى فى الريف لا يشمل هذه المشاكل الرئيسية وحدها أى مياه الشرب ورودم البرك وإنشاء المساكن الصحية . بل يشمل كذلك أمورا عديدة أخرى أقل مشعة وكلفة عنها .

ولما كان الوقت غير مؤات للتوسع فى وصفها فأنى أجترى فى ختام كلمتى بذكر ما أراه منها أكثر أهمية وأولى بفرض الإصلاح .

فالريف المصرى محتاج بصفة دائمة إلى هيئات محلية تعنى بالشؤون الصحية البسيطة ، كتنظاف المنازل والقرى وتجميعها ، ورودم البرك ، وإبعاد أكوام القمامة ، ومكافحة الحرائق ، وما إلى ذلك . أى أنه محتاج إلى تعميم المبادئ القروية ، على أن تعطى تلك المبادئ حتى تحصل نسبة معينة من الضرائب للصرف على أعراضها البسيطة ، تحت إشراف وإرشاد

الأطباء والمهنيين الصحيين ، الذين يجب الإكثار منهم للتعاضد بصفة هائية على ذلك النظام الفاسد نظم الحلاقين الصحيين كما ستقضى المراتب الصحية على نظام المدييات الجاهلات المؤذيات .

وهو محتاج لتجارب عديدة يشترك فيها الأطباء والمهندسون الصحيون ، لابتداع أنواع صحية رخيصة من المراحيض القروية ، تمنع أخطار التبرز في الخلاء ، ولا تحرم الفلاح في الوقت نفسه تلك المواد الانسانية التي يعتبرها ثروة سمادية عظيمة لأرضه .

والريف محتاج كذلك الى سرعة تنفيذ مشروعات الصرف ، ليس لفائدة الزراعة فحسب ، بل كذلك لمنع نشوء برك جديدة ، ولتقليل تصاعد الرطوبة في جدران المباني مما يدعو لأمراض عديدة . كما أنه محتاج الى مراجعة مشروعات الري ، لمنع شق الترع داخل القرى أو بجوارها لمنع البرك كذلك ، ولتقليل تلوث مجارى المياه بالبول والبراز مما يدعو لانتشار اليلهارسيا وسواها من الأمراض .

وهو محتاج لمراجعة السياسة الزراعية لحصر زراعة الارز في المناطق الشمالية الباردة أى منعها في المناطق الدافئة الوسطى والجنوبية ، التي يزداد فيها توالد البعوض وبالتالي انتشار الملاريا الى درجة كبيرة .

وسكان الريف محتاجون في النهاية الى دعاية صحية رشيدة مستديمة ، مدعمة بالآيات والأحاديث والحكم والأمثال التي هي لحسن الحظ مليئة بالحض على منع تلوث المياه والظافة وبناء الخزيعلات والتقاليد الضارة .

دكتور

عبد الواحد الوكيل