الاصلاح الصحى فى الريف

لحضرة صاحب العزة الدكتور عبد الواحد الوكيل بك

أستاذ علم الصحة والطب الوقائى بكلية الطب

مشكلة الإصلاح فى المناطق الريفية وسكانها القرويين ، حتى فى الممالك الأوربية والأمريكية الراقية ، تعتبر المحك الحقيقى لليقظة الاجتماعية والانسانية بين الطبقات المتعلمة فى تلك الشعوب ، كما أنها تعتبر ميزان الجدارة الإدارية للحكومات .

فالطبقات المتعلمة ، أو أغلبية أفرادها على الاقل فى الوقت الحاضر ، تتكون من أبناء الريف. وهم بذلك يحملون فى أعناقهم دينا كبيرا للطبقة التى منها برزوا وعلى أكتافها ارتفعوا ذلك الدين أن يكونوا لسانها الناطق وعقلها الباحث ، وأن يظلوا طول حياتهم دعاة إصلاح وطلاب رقى وإنهاض .

أما الحكومات فإن جدارتها لا يمكن أن يكتفى فى قياسها بما تقوم به من مشروعات سهلة نسبيا ، كخدمة جزء راق من الشعب مثل سكان المدن، أو شق ترعة، أو إقامة قناطر أو تجنيد جيش فحسب ، بل إن جدارتها العظمى يجب أن تتبدى فى رفع مستوى الحياة العائلية والشخصية بين أغلبية السكان ، وهم اهل الريف .

ومع ذلك فيجب أن نعترف أن مشكلة الإصلاح الريفى سواء من الوجهة الصحية أو سواها ليست مشكلة هينة التناول ، ولا هى سريعة الحل . وذلك لعدة اسباب ، لعل أهمها أن ذلك الإصلاح هو من النوع المركب لا البسيط ، اذ يجب أن يتناول رفع المستوى الريفى من عدة جوانب ، أعنى رفع المستوى الاقتصادى والمستوى الثقافى والمستوى الصحى فى وقت واحد ، لارتباط كل منها بالآخر ارتباطا وثيقا ، وتفاعل بعضها فى البعض تفاعلا مستمرا يجعل منها تسعة مشاكل لا ثلاثا فقط . بل إنا اذا زدنا عليها ضرورة تعاون الفلاح مع سواه صارت المشاكل ستة عشر لا أربعا فحسب .

وقد ساعد على تأخر ذلك الاصلاح بمختلف نواحيه ، أن السكان الزارعين يعيشون متناثرين فى زهاء أربعة آلاف قرية وعشرين ألف عزبة ، أى لا تضمهم بقعة واحدة يسهل فيها الإصلاح دون تكرار للجهود فى تلك الألوف من الأمكنة . وأنهم أنفسهم لا يكادون يشعرون فى فقرهم وجهالتهم بفضاضة كبيرة فى أحوالهم المعيشية والصحية ، ولا يلحون فى طلب إصلاحها كما فعل مثلا المشتغلون فى مهنة الصناعة تلك المهنة التى هى أحدث فى حياة الانسان

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

واذا اعتبرنا أن العمال جديرون بمثل تلك العناية الخاصة بحكم تعرض صحتهم وحياتهم فى المصانع لأمراض وأخطار كبرى ، من اصابات وعاهات وأذى بالغبار والغازات والسموم وبحكم ميل أرباب الصناعة الى استغلال قواهم وجهودهم الى أقصى حد ، فانه يجب ألا ننسى أن الزراعة فى بلادنا الحارة بصفة خاصة ، يجب اعتبارها كذلك صناعة مؤذية ، اذ أن لها نوعا خطيرا من أمراض المهنة كالبلهارسيا ، والانكلستوما ، والملاريا ، والتعرض للعوامل الجوية الشديدة من البرد فى الشتاء ، الى ضربة الحر والشمس فى الصيف ، فضلا عن مشاكل الايجارات والأجور وغير ذلك مما يحتاج الى وقاية صحية وحماية اجتماعية .

أما تأخر الاصلاح الصحى بصفة خاصة فى الريف فيجب لمعرفة سببه الأساسى أن نحدد أولا موقف ذلك الجانب بالنسبة لسواه من عوامل المشكلة الريفية . ذلك أننا اذا أمعنا النظر لوجدنا أن أسوأ تلك العوامل وأكثرها أثرا فى الحالة الصحية هو عامل الفقر . بحيث لا ينتظر بلوغ درجة كبيرة من النجاح الصحى مع بقاء أغلبية الفلاحين فى مستواهم الاقتصادى الحالى . أى مجرد إجراء يشتغلون للحصول على الكفاف من القوت .

ويكفى لإثبات ذلك ما نراه من أن امتلاك أى فلاح لشىء من الأرض ولو كان فدانا واحدا يرفع فى الحال مستواه الصحى ومستوى زوجته وأولاده درجات فوق مستوى حيرانه ، وذلك لتمكنه من الحصول على مقدار أكبر من تلك الضروريات الأساسية للصحة الشخصية وأهمها ثلاثة أشياء هى الغذاء الصالح ، والملبس الكافى ، والمسكن المناسب .

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

وإذا كنا فى بلد لا يستطيع أغلب أهليه شراء نعل بقرش ونصف أو قرشين يقيهم عدوى الانكلستوما ويرفعهم عن طبقة البائسة ، بحيث يقترح البعض شراء تلك النعال وإهدائها اليهم ، ويخشى آخرون أن يبيعوا تلك النعال بعد توزيعها عليهم كما فعلوا فى الصابون الذى منح لهم فى بعض الجهات لغسل أبدانهم ، فلا يجب أن نتعب كثيرا فى وضع أصبعنا على مصدر الضرر وعلة العلل . وهو الفقر .

و إذا كانت الحكومة ومجالس المديريات والمجالس القروية تستطيع توفير سبل العلاج والوقاية الطبية لذلك الملايين ، فان هذه الخدمات مع ضرورتها لا يمكن وحدها أن تصل الى الهدف المنشود كاملا ، إذ أن خزانة هـذه الهيئات لا تستطيع أن توفر لهم جميعا تلك الضروريات الأساسية وهى الغـذاء الكافى والملبس والمسكن المناسبين التى بدونها لا يمكن فى النهاية منع المرض أو العيش فى حياة صحية أو شبه صحية .

فاذا أمكننا تخفيف أثر الفقر فى الريف بالعمل على حسن توزيع الثروة الزراعية فى المستقبل وحماية ملكية الفلاح لها بتحديد أقصى حد لما يمكن أن يتملكه منها الأغنياء ولو فى قابل الأيام فيضطرون بذلك الى استغلال أموالهم فى الشركات والمصانع والمبانى وما أشبه ذلك ، بدل استعمالها فى شراء الأراضى الزراعية ، وإذا عملنا على سرعة إصلاح الأراضى البور ، وفى مناطق أخرى من الصحراء لتوزيع تلك الأراضى على فلاحى المناطق المزدحمة ، وإذا عملنا على تحسين غلة الأرض ، وسرعة إدخال زراعات وصناعات زراعيـة جديدة ، وتعميم الجمعيات التعاونيـة وما إلى ذلك ممـا أتركه الى من هم أفضل منى بين الباحثين ، لو فعلنا ذلك لأمكننا السير حثيثا فى النهضة الصحية بأسرع ممـا كان وما ينتظر .

وهكذا إذا شئنا توزيع المسئولية الأساسية فى تأخر الأحوال الصحية فى ريف هذه البلاد وجب ألا نضعها كلها على باب وزارة الصحة ، كلا ولا كلها على باب الفلاح ذاته ، بل وبمـا كان الواجب وضع شطرها الأكبر على أبواب أخرى ، أو على باب وزرائنا ونوابنا الذين يستطيعون ، بطريقة حاسمة أو تدريجية ، تغيير نظامنا الاقتصادى وجعله أجدى على الفلاحين الفقراء عما هو الآن . وهو تغيير تم فى ممـالك عديدة أخرى . معتبرين إياه أساسا للنهضة الصحية الريفية وسواها من النهضات . أو بتعبير آخر معتبرين اياه قتلا للأفعى بدق رأسها حيث تلك الرأس هى الفقر بينما جسم الأفعى هو الجهل وذنبها المرض .

ومع ذلك فإننا يجب ألا نجلس صامتين عن تحسين الشئون الصحية الريفية ، منتظرين تحسين دخل الفلاح ، أو شموله بمثل تلك الرعاية القانونيـة التى يتمتع بها العمال الصناعيون ، فإنه من جهة يظهر أننا سننتظر طويلا الى أن يمن الله علينا بمصلح جرىء يؤدى هذه الخدمات الجلى للبلاد ، ومن جهة اخرى 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 ، وخطأ سياسة الرى والصرف القديمة ، وما أشبه ذلك مما يمكن ملافاته سريعا أو تدريجيا لرفع المستوى الصحى درجة عما هو الان .

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

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

ومثل هذا المجتمع المثقل بالأمراض يحتاج منا الى نوعين من الخدمة ، أولهما اسعافه 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 منالا من الآخر ، ومع ذلك فلا يمكننا القول إننا بلغنا فيه درجة تذكر من النجاح . فقد سارت خطة العمل مدة طويلة ، أي منذ عهد الحكم البريطاني ، على انشاء مستشفيات عمومية في بنادر المديريات والمراكز لخدمة سكانها وسكان القرى التابعة لها ، فلما وجد أن الفلاح لا يلجأ الى تلك المستشفيات لبعدها عن مقر عمله ، هذا ما لم يبلغ درجة اليأس في مرضه ، صار تعديل تلك الخطة بابتداع مستشفيات متنقلة لمختلف الأمراض كالرمد والأمراض المتوطنة ، تضع خيامها في جهة ما شهرا أو اثنين أو أكثر ثم ترحل الى سواها ليعم خيرها المزعوم مختلف النواحي والجهات .

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

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

ولعل في هذه الأرقام برهانا مقنعا على عدم سداد الخطة العلاجية التي لا تزال متبعة الى اليوم كتراث من الماضي . فإنه يجب ألا ينتظر من الفلاح ، وهو في جهله الحالي ،

واتكاله على القضاء والقدر ، مع كثرة أعماله الزراعية ، أن يرحل كيلو مترات عديدة للوصول الى الطبيب فى المستشفيات المركزية . كما يجب ألا ننتظر إلا أقل فائدة من ذلك النوع الآخر من تلك المستشفيات أى المتنقلة ، التى هى مع ذلك قليلة العدد ، والتى قد تحسن الحال بها ما أقامت فاذا 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 البرلمان 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 كى تعرف ما هو متبع فى الممالك الزراعية الأجنبية الشبيهة بمصر والتى نجحت نجاحا بارزا فى رفع المستوى الصحى بين فلاحيها فى بضعة سنين .

يقال فى الأمثال إنه اذا لم يتحرك الجبل الى محمد فان محمدا يتحرك إليه . وعلى هدى هذه الحكمة يجب أن تكون سياستنا العلاجية الريفية .

فالريف المصرى ، أو أغلبيته على الأقل ، لا يمكن لسكانه الاستفادة من المنشآت أو الخدمات الموجودة فى عواصم المديريات وبنادر المراكز . ولذا يجب تقسيمه الى وحدات أو مجموعات أو مراكز جديدة تختلف كثيرا عن نظام المديريات والمراكز الكبيرة الحالى الذى ورثناه من القرن الماضى . مراكز صغيرة لا يتعدى سكانها العشرة آلاف نسمة ، ولا يزيد قطرها عن الخمسة عشر كيلو مترا ، تشبها بتلك المراكز التى انشأتها الممالك الزراعية الأخرى والتى 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 ، وفى هذه الخلية ومنها يجب أن يبدأ الاصلاح الحقيقى لهذه البلاد ، إصلاح لا يتناول الفلاحين والفلاحات الحاليين فحسب ، بل يتناول كذلك أطفال الفلاحين أى الجيل الجديد الذى هو أمة الغد المرجو المأمول .

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

وفى كل من تلك المراكز أو المجموعات الصغيرة، يجب أن تتمثل الخدمات الفنية اللازمة للفلاح . فمن الوجهة الطبية ينشأ مركز صحى دائم يتكون من طبيب مقيم متمرن على أمراض الفلاحين العامة، وهى لا تزيد عن عشرة أمراض، وعن شؤون الوقاية الطبية من الأمراض المعدية ، وشؤون العناية الصحية ، تساعده زائرة صحية لتوليد النساء ورعاية الأطفال . يجاورهما حمام صغير بسيط به خمسة أو ست فوهات رشاشة لنظافة الرجال والنساء والأطفال. وبضع أسرة لإقامة الوالدات .

ولا أقصد بالإنشاء ، أن نقيم بناء لكل تلك المراكز الصحية يتكلف الكثير من المال. وانما يكفى تأجير أية دار فى القرية، كما فعلت الجمعية المصرية للدراسات الاجتماعية فى قريتى المنايل وشطانوف، يمكن بقليل من المال ولو على نفقة السكان تهيئتها لتكون مركزا صحيا مناسبا للريف .

ويسهل بعد ذلك ربط هذه الوحدات الصحية بسيارات نقالة فى المستشفيات ، لنقل المحتاجين الى عمليات جراحيـة ، أو فحص طبى خاص بالأشعة أو سواها ، أو عناية خاصة فى العيادات الداخلية . كما يمكن الاكتفاء بذلك الطبيب عن انشاء مستشفيات متنقلة لعلاج الأمراض المتوطنة وكذلك الرمد مع امداده بأخصائى فى العيون مرة فى الأسبوع أو الشهر لمساعدته وارشاده .

واذا كنت أذكر لحضراتكم هذه الخطة اللازمة بصفة أساسية للخدمة العلاجية فى الريف فليس ذلك نتيجة التخيل أو التوهم ، بل لقد كان لى الحظ فى مشاهدة عشرات منها بنفسى فى ممالك مختلفة ، بل لقد كان لى الحظ فى مشاركة بعض أطبائها العمل ، وكذلك المبيت فى بعضها أثناء تجوالى .

ولا بد لى هنا من أن ألم المامة ولو موجزة بذلك الجانب الآخر العويص من المشكلة الصحية الريفية وهو مشكلة الوقاية العامة . وصعوبة الأمر فى هذا الجانب أنه يتطلب مالا وجهدا غير قليلين . فاذا كانت الوحدات أو المراكز الصحية التى سبق ذكرها تحتاج الى مال غير قليل بحيث لا يمكن تعميمها الا فى مدى عشرة أو خمسة عشره سنة، فان التحسين الصحى العام فى الريف ، سيحتاج فى اتمامه كاملا أو شبه كامل الى مدة أطول ومال أكثر . كما أنه يحتاج الى تعديل بعض المشروعات المتبعة لتحقيقه فى الوقت الحاضر وهى المشروعات التى دلت الدلائل على عقمها أو بطئها أو عدم ملاءمتها لأحوال الفلاح وعاداته .

ولنأخذ مثلا فى ذلك تلك المشاكل الرئيسية وهى إمداد الفلاحين بمياه الشرب النقية . وردم البرك والمستنقعات ومشكلة إنشاء المساكن الصحية .

أما مياه الشرب فاننا اذا استبعدنا مديرية الفيوم ، وكذلك الخمسين كيلومترا الشمالية من الدلتا ، وهى المناطق التى لا يمكن فيها استعمال الآبار لملوحة امياه الجوفية ، والتى يصعب فى بعض جهاتها الشمالية ايجاد كمية كافية من مياه النيل أيا ما عديدة لوجودها على أطراف الترع ، فاننا نجد فى الإمكان حل هذه المشكلة بصفة مؤقته على الأقل ، بل ربما كذلك بصفة دائمة ، بامداد الجهات الباقية من القطر وهى ثلاثة ارباع القرى والعزب كافة أى ما لا يقل عن ثلاثة آلاف قرية و ٥٠ ألف عزبة بمياه جيدة نقية على أهون سبيل ، وذلك بواسطة غرس آبار عميقه تتراوح نفقة كل منها ما بين ٣٠ — ٣٠٠ جنيها .

وهذه الآبار لن تكلف الدولة فى الغالب أكثر من مليون من الجنيهات ، يمكن صرفها فى غضون أربعة أو خمس سنوات ، بدلا من الانتظار سنوات لا نهاية لها حتى تتمكن الخزانة العامة من تدبير خمسة وعشرين مليونا لإنشاء تلك العمليات الكبرى المزمع تعميمها فى كافة أنحاء القطر ، والتى تتكلف كل منها ثلاثة أرباع 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 والصغرى 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 ، مياها 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 عسر تلك المياه أحيانا أى زيادة استهلاكها للصابون عن المياه النيلية ، وهو ما لا يقاس من ضرره بتاتا بفائدة كونها مياها نقية من الوجهة البكتريولوجية ورخيصة 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 اننا نظل على طريقتنا الحالية ، أى ردم ما تملكه الحكومة على نفقتها ، والاعتماد على قانون معقد ضعيف لردم ما يملكه الأهالى بمعرفتهم . فها قد مضت خمسة عشر سنة منذ زيادة الاهتمام بالبرك والمستنقعات دون فائدة تذكر . بل إن تلك المياه الآسنة

قد زادت فى تلك المدة بين القرى وحولها بفضل التلكؤ فى تعميم مشروعات الصرف الزراعية .

ولعل أسهل السبل لحل هذه المشكلة فى سنوات قليلة هو أن توهب بركة الحكومة على الأقل الى القرى أو مجالسها القروية ، مع التزام السكان أنفسهم بردمها فى سنتين أو ثلاث مستعملين فى ذلك الردم المرتفعات الكثيرة التى يراها الانسان فى شوارع القرى ، وكذلك أراضى الجبانات القديمة الكثيرة بعد جمع العظام منها ، وكذلك مستعملين الاتربة التى تنتج سنويا من تطهير الترع والمصارف ، والأتربة التى يمكن قشطها من سطح الحقول العالية ، وغير ذلك من مواد الردم الأخرى .

إن الإلزام فى ملافاة مثل هذه العيوب الصحية الكثيرة الضرر ، لا يحمل فى الحقيقة معنى التحكم والظلم والجبروت إذ أنه من جهة إلزام مؤقت غير دائم ، كما أنه إلزام له أجرته المالية . إذ ستنتفع القرى بما يجئ من بيع البرك بعد ردمها بصفتها أرضا قريبة من المساكن صالحة للبانى ، أو ما يتحصل من إيجارها كأرض زراعية . فيمكن للقرى إدخال خدمات عامة أو إقامة منشآت صحية أو تعليمية أو اجتماعية . أى أنه إلزام كله خير و بركة .

وأن لنا فيما كان متبعا من إلزام القرويين بحراسة جسور النيل أثناء فيضاناته العالية لعبرة وعظة فان تلك الطريقة ، مع مساوائها ، كانت الطريقة الوحدة لانقاذ 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 التى لا يقاس بها تكليفهم بردم برك قراهم فى فترات فراغهم من الأعمال الزراعية ، ذلك الردم المفيد لهم أنفسهم من الوجهتين الصحية والمالية .

فالاصلاح الصحى ، وكذلك غيره من شؤون الاصلاح ، هو فى الحقيقة سلعة تشترى بالمال . ولا يمكن للمصلحين أن يصلوا إلى 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 فى الممالك الأوروبية التى بلغت الدرجة العظمى من التمدين والرقى ، إذ تكلف كل شخص فى الدولة أن يقوم بخدمة مجانية لوطنه فى أوقات فراغه ، فتستخدمه أحيانا فى الإجازات بعيدا عن بلده ، فى انشاء طرق أو مبان أو خدمة مرضى أو غير ذلك من الخدمات التى تعود على المجتمع عامة بالفائدة .

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

بصفة جدية ، أى انتظار ذلك الجيل الجديد من القرويين الذى سيرتفع اقتصاديا وثقافيا وصحيا فى ملك لمدة بمضل ما نأمل من ولاه الأمور ادخاله من اصلاح فى غضون ذلك الزمن.

فن الدار بالسكان ، قبل أن تكون بالحيطان . ومسئولية إقامتها موزعة إلى قسمين : قسم ارشاد ومعونة يسيره تقدمها الحكومة ، وقسم مقدرة مالية للانشاء يقع على طاتق صاحب الدار ، فاذا كان الاول ممكنا الآن فان الاخر يكاد يكون فى حيز المستحيل .

وليس فى مقدورنا اليوم الا الصبر على قرانا القذرة الرديئة المنظر ، المزدحمة بسكانها وعيو بها 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 الصدد مثل مفيد لما يمكن أن يجول فى ذهن المصلحين من الأمور التى تعتبر بسيطة فى ظاهره ، ولكنها توجد معقدة متعبة فى حلها . ففلاحنا المصرى مشهور بميله فى منزله إلى سد النوافذ ، بل تلك الكوات الصغيرة العاليه المسماة نوافذ ، كما أنه مشهور بميله إلى إنشاء قرابه و إيواء حيواناته داخل الغرفة التى فيها يقيم وينام .

وقد يظن البعض أن منشأ هذه العادات الصحية السيئة هو مجرد الجهل وظلام التفكير بينما أنها فى الحقيقة ترجع إلى الفقر أكثر مما ترجع الى الجهل . ترجع الى حاجه الفلاح الى الملبس والغطاء الذى يدفئانه و يحفظانه شتاء ، كما ترجع إلى حرصه على بقاء بهيمته تحت انظاره ، وحثيته من النوافذ الكبيرة التى تحدث حرمة منزله . وتعرضه لأذى أعدائه . وهكذا اذا أردنا أن ننشىء اليوم قرى جديدة للفلاحين ، فيجب اذن ألا ننسى تموينهم معها بالملابس والبطاطين .

ان مجال الاصلاح الصحى الوقائى فى الريف لا يشمل هذه المشاكل الرئيسية وحدها أى مياه الشرب وردم البرك وانشاء المساكن الصحية . بل يشمل كذلك أمورا عديدة أخرى أقل مشمة وكلفة عنها .

ولما كان الوقت غير مؤات للتوسع فى وصفها فانى أجتزئ فى ختام كلمتى بذكر ما أراه منها أكثر أهمية وأوفى بغرض الاصلاح .

فالريف المصرى محتاج بصفة دائمة الى هيئات محلية تعنى بالشؤون الصحية البسيطة ، كتنظافه المنازل والقرى وتجميلها ، وردم البرك ، وابعاد أكوام القمامة ، ومكافحة الحرائق ، وما الى ذلك . أى أنه محتاج الى تعميم المجالس القروية ، على أن تعطى تلك المجالس حق تحصيل نسبة معينة من الضرائب للصرف على أغراضها البسيطة ، تحت اشراف وارشاد

الأطباء والمدونين الصحيين ، الذين يجب الاكثار منهم للقضاء بصفة نهائية على ذلك النظام الفاسد نظام الحلاقين الصحيين كما ستقضى الوائرات الصحيات على نظام الدايات الجاهلات المؤذيات .

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

والريف محتاج كذلك الى سرعة تنفيذ مشروعات الصرف ، ليس لفائدة الزراعة فحسب ، بل كذلك لمنع تفشـوء برك جديدة ، ولتقليل تصاعد الرطوبة فى جدران المبـانى ممـا يدعو لأمراض عديدة . كما أنه محتاج الى مراجعة مشروعات الرى ، لمنع شق الترع داخل القرى أو بجوارها لمنع البرك كذلك ، ولتقليل تلويث مجارى المياه بالبول والبراز ممـا يدعو لانتشار البلهارسيا وسواها من الأمراض .

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

وسكان الريف محتاجون فى النهاية الى دعاية صحية رشيدة مستديمة ، مدعمة بالآيات والأحاديث والحكم والأمثال التى هى لحسن الحظ مليئة بالحض على منع تلويث المياه والنظافة ونبذ الخزعبلات والتقاليد الضارة .

دكتور
عبد الواحد الوكيل