برنامج مصر

الصحي في ربع القرن المقبل

للدكتور 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 أوفى درجة من الصحة في الوسع توفيرها للافراد والمجموع باتباع نظم ترمي الى رفع مستوى الصحة والعمل على التخلص من العوامل المسببة للمرض . وذلك بالعناية ماديًّا 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 ١٨٨٣ وتولى الانكليز أمرها وكانت سياستهم موجهة الى وقاية اوربا من اوبئة الشرق الاقصى خصوصاً الكوليرا والطاعون باقامة حاجز صحي على حدود مصر الشرقية . وهذا بطبيعة الحال كان عملاً مفيداً لمصر ايضاً . واهتموا بمقاومة الاوبئة المحلية داخل الحدود المصرية على نظام أساسه عزل المصابين ومراقبة المخالطين حتى لا تتسع دائرة الوباء

ولم يوجه عمل جدي ما الى مقاومة سبب انتشار هذه الاوبئة . والحق يقال ان ذلك كان عسيراً ولا يزال الى الآن عسيراً مع حالة القرى القطرية من حيث المرافق الصحية . وعندما تسلم المصريون مصلحة الصحة في سنة ١٩٢٢ خطت خطوات واسعة في اسعاف المرضى بالعلاج بانشاء المستشفيات العامة ومستشفيات خاصة بامراض معينة كالدرن والامراض الزهرية والامراض المتوطنة وامراض الاطفال والجذام . وبدأت دراسة فنية : لمشكلة الامراض المتوطنة توطئة لاستئصالها بانشاء معهد فؤاد الاول للامراض المتوطنة وبذلك نشاطاً مشكوراً في العناية بالعوامل وبرعاية الطفولة . وانتعشت وسائل التشخيص المعملي وبدأت عملية تحضير اللقاحات والامصال

وهذا النظام نشأ وتدرّج على أساس دفع غائلة الامراض وحماية المجموع من الاوبئة اذا تفشت، وهو يشبه عملية الاسعاف عند شبوب النار . وقد سد حاجة ملحة . ولكن الوقاية خير من العلاج . فلو أحطنا جسم الانسان بالعناية ودرءنا له ما يلزمه من ضرورات الحياة لقلت

حاجتنا الى العناية بأغنية سكان البلاد كمرضى يصيب في المتوسط الفرد منهم أكثر من مرضين. فنسبة الوفيات في مصر استمرت حوالي ٢٦ في الالف من السكان من اول القرن الحالي الى الآن مع انها انخفضت في بلاد أخرى الى ١٠ في الألف. ومتوسط طول الحياة الذي يرجوه مولود في مصر يوم ولادته حوالي ٢٣ سنة بينما هو اليوم في اميركا ٦٩ سنة

﴿ الحد الصحي الادنى الذي يجب توفيره للعائلة ﴾ اتفقت آراء الخبراء المصريين على ان الحد الادنى الواجب توفيره للعائلة هو ما يأتي :—

(١) مرافق صحية منزلية لكل عائلة (خصوصاً مرحاض صحي وازالة القاذورات). (٢) مورد مستقل للمياه الصالحة للشرب لكل عائلة. (٣) عدد من الغرف صالحة للسكن كاف للعائلة بمعدل غرفة لكل فردين ومكان صالح لتخزين المأكولات ومواد الوقود. (٤) العلاج والتمريض لأفراد العائلات الذين يدفعون أجراً لكن أقل من معدل متفق عليه (ذوي الايراد المحدود) عدا قبولهم داخلياً في المستشفيات. (٥) ضمان الكفاف من العيش لكل عائلة بنظام التأمين والاعانة. ومن الأسف إن هذه الضرورات لا يكاد 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. في هذه القرى نجد أن أثر مجهود الادارة الصحية محصور في تسجيل المواليد والوفيات والتطعيم ضد الجدري وتولاه 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 او كل الأمراض

٢ — الادارة الصحية

﴿ اللامركزية والمركزية في تنفيذ البرنامج الصحي ﴾ النظام المتبع في مصر هو نظام المركزية في الاشراف على الصحة في جميع نواحي القطر. فتركز ادارة الأوبئة في شخص مدير الأوبئة بالقاهرة ومساعديه. وكذلك ادارة المستشفيات من أقصى الشمال الى أقصى الجنوب تتركز في ادارة خاصة بالمستشفيات في القاهرة. وهذا النظام إن دلّ على شيء فهو يدل على قلة الثقة بقدرة الهيئات المحلية على الاشراف على هذه المنشآت، وعلى رغبة الهيئات الرئيسية المركزية في الاحتفاظ بالسلطة كاملة في أيديهم، وقد تكون هناك براعث أخرى. فادارة المستشفيات الحكومية أوفى كثيراً من ادارة المستشفيات التابعة لهيئات أخرى محلية كمجالس المديريات مثلاً. إلاّ أن هذا النظام يعيب اشتغال الرؤساء بتفاصيل تافهة متعددة تذهب بأكثر وقتهم وتتركهم مشغولين لا يستطيعون التفكير الواسع النطاق في تدبير مشروعات عامة لها أثرها في تحسين الحالة. فمن أمثلة ذلك ان التصريح باجازة تتعدى يومين

لموظف صغير في أية جهة نائية من القطر يقتضي موافقة وكيل الوزارة !

فاذا أريد ان تشمل مساعي الادارة الصحية — كما يجب ان تكون — كل عائلة مصرية وكل منزل في القرى، كان انجازه ان يكون مستحيلاً اذا استمرت المركزية على حالها تقبض على زمام السلطة في التافه والجليل من الامور . وقد دلت التجربة في البلاد التي بلغت شأواً بعيداً في العناية بصحة أفرادها على ان أساس الادارة الصحية الناجحة هو الثقة الى حدٍّ كبير بالهيئات المحلية كمجالس القرى حتى يتمكّن من بيده السلطة الصحية من التغلغل في أوساطها والالمام بالتفاصيل والبت فوراً في أمورها . ولو فرضنا جدلاً ان هذه الهيئات لا تصل بأعمالها فعلاً الى الحد المرجو من الكفاءة ، فان هيئة محلية عاجزة خير من ادارة مركزية تسير الاعمال فيها بطريقة آلية نظراً لتشعبها وتعقدها

﴿توحيد الهيئات المشرفة على تنفيذ أعمال صحية أو تعدّدها﴾ النظام الحالي في مصر أدى الى تعدد الهيئات التي تتولى أعمالاً هي من صميم مهامّ السلطة الصحية . فهناك مستشفيات تابعة لمجالس المديريات بجانب أخرى تابعة لوزارة الاوقاف ، وهناك منشآت لرعاية الأمومة والطفولة تابعة لهيئات متعددة ، كما أن وزارات كوزارة الاشغال تشرف على أعمال من صميم الاعمال الصحية الخاصة بالمجاري ونظافة الشوارع ، وهكذا

والخبرة 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 اكثر من سلطة صحية واحدة

ويجب أن تتصرف السلطة الصحية للمملكة الى معالجة المسائل الكبرى وتتجنب المراجعة التفصيلية لاعمال السلطات المحلية ، ما دامت تؤدي النهاية الصغرى للاعمال الصحية الضرورية وذلك بتفتيش دوري على أعمال هذه السلطات

﴿نوع السلطة المحلية الصحية الصالحة لمصر﴾ نتبين مما سبق ان هناك ضرورة ملحة لانشاء سلطة صحية تتركز في يدها جميع الاعمال الصحية في كل منطقة . والآن علينا أن نقرر هل تكون هذه السلطة معينة أو منتخبة . . . وهل تكون المناطق ضيقة أو واسعة . والجواب عن هذه الأسئلة نتصح من دراسة التجارب التي مرت بها البلاد الأخرى ذات النظم المختلفة

في البلاد الديمقراطية كبلادنا حيث أساس الحكم فيها هو النظام النيابي ، يجب بالبداهة أن يتغلغل هذا النظام في شتى أنحاء البلاد . ونرى أنه بالفعل قد طبق في مجالس المديريات

والمجالس البلدية والصحية. واذا أريد أن تتحمل السلطة الصحية المحلية النفقات اللازمة لاعمالها أو جانباً كبيراً منها فيحسن أن تكون هيئة منتخبة لها الحق في تقرير الضرائب في حدود معينة كما هو الحال الآن

ولا تكاد ان أعضاء مجالس المديريات في مصر وفي البلاد الاخرى موضع انتقاد شديد من ناحية اعمالها ومحاباتها وقلة الحزم في ادارتها وسهولة انقيادها في بعض الشؤون

ولكن هذه المساوىء تافهة بجانب ما تحققه من الاصلاحات بمرور الايام وهو ما لا يمكن تحقيقه بواسطة ادارة مركزية . وفي مصر نفسها أمثلة عديدة على التقدم السريع الذي تم على يد هذه المجالس في عواصم المديريات وفي بلدية الاسكندرية، مع ما كيل لها من الاتهامات

أما النظام الآخر فيكون بتعيين طبيب صحي لكل منطقة تكون بيده السلطة الصحية المحلية في دائرة القوانين التي تصدرها السلطة الصحية المركزية والتي تخضع لتفتيشها. الا ان الدوائر الصحية الصغيرة تقع هيئتها المنتخبة تحت تأثير المنافسة والمجاملات في محيطها الضيق (كما هو الحال في المجالس القروية) وعلاوة على ذلك فهي بحكم ضآلة مواردها لا يمكنها استخدام الموظفين الاكفاء الذين يمكن الاعتماد عليهم، ولا الانفاق على وجوه الاصلاح المطلوبة . وهذه المساوىء لوحظت بالفعل في بلاد عريقة في الحضارة والحياة النيابية كبريطانيا

لهذا نقترح ان تكون الدوائر الصحية أوسع نطاقاً من المجالس القروية حتى تتفادى هذه المساوىء فيكون تعداد الدائرة الواحدة حوالي ٣٠ الف نفس

وقد لوحظ في تحديد هذا العدد مقدرة طبيب الصحة، فهو يستطيع ان يتولى مع مساعديه، كمعاون الصحة وملاحظ النظافة وملقحي الأطفال، خدمة هذه المنطقة على أوفى وجه . وفي وسع هذه المنطقة أن تتحمل النفقات اللازمة لمثل هذه الادارة اذ قدمت لها معونة مالية لا ترهق خزانة الدولة . وتستطيع هذه المجالس ان تتولى شؤوناً محلية اخرى كالتعليم وانشاء الطرق وصيانتها ووسائل المواصلات وغيرها من الشؤون المحلية

وفي تحسين صحة الفرد والمجموع على أساس هذا النظام (١) ان الطبيب الصحي وهو عماد هذا النظام، يجب ان يكون اخصائياً في شؤون الصحة وان لا يمارس صناعة الطب للجمهور بأجر تفادياً من منافسته الأطباء الخصوصيين، وضناً بجهوده التي يجب ان يقفها على تحسين الحالة الصحية في المنطقة . وهو يمثل وزير الصحة في منطقته وتحضر جميع السلطة الصحية في يديه تحت اشراف الهيئة المنتخبة ورقابة وزارة الصحة العمة، ويعمل في حدود القوانين المعمول بها في البلاد . ويجب ان يكون غير متحيز في عمله، وان يعمل على التخلص من كل عامل يضر بالصحة في منطقته

﴿الوسائل المادية للمحافظة على صحة الفرد والمجموع﴾ لا يتحقق هدف وزارة الصحة في تحسين صحة الافراد والمجموع ما لم يزود الجسم الانساني باحتياجاته المادية والمحافظة عليه من المؤثرات الخارجية الضارة بها. وعلى ما قدمنا يجب ان تخضع جميع هذه العوامل لسلطة محلية واحدة لا تتعدد. وقد أحصينا هذه الاحتياجات سابقاً وسنتكلم على كل منها باختصار

٣ — العوامل الصحية العامة

١ — مرافق صحية منزلية لكل عائلة خصوصاً مرحاض صحي وإزالة الفضلات

هذه المشكلة حلت في بعض المدن الكبرى كالقاهرة والاسكندرية وضنطا وبور سعيد بانشاء نظام المجاري مع انه لم يشمل بعد جميع المنازل في هذه المدن. وحتى هذه المجاري لا تسلم من العيوب الصحية لانها غير خاضعة تماماً للرقابة الصحية. فجميع مشكلاتها والعقبات التي تعترضها تحل دائماً على حساب الناحية الصحية لان القائمين عليها لا يعنون بهذه الأمور العناية الواجبة. ومن الغريب ان ادارات الحكومة المصرية لا تراعي قوانين البلاد الصحية. وليس هناك سبيل مجدٍ لحملها على النهوض بواجباتها الصحية. فالك بركة من الاهالي يمكن الزامه بردمها او تردم 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 بعد. فقد دل الاحصاء في بعض القرى على ان ٢½ في المائة فقط من المنازل بها نوع من المرحاض. وبعض هذه المراحيض غير صحي. أما بقية المنازل فليس بها مراحيض ما. فيتبرز السكان في حظيرة المواشي، أو على الاسطح ويتبرز الاطفال في جوانب الطرقات

على ان هذه المشكلة ليست سهلة الحل. فالمرحاض الذي يفي بحاجات القروي المصري لم يوجد بعد. إذ ان عادته تختلف اختلافاً تاماً عن عادة القروي الاوربي الذي ننقل عن بلاده أكثر منشآتنا. فالاستنجاء متبع في الامم الاسلامية فيجعل مشكلة المراحيض مشكلة خاصة. وعلاوة على ذلك فان روث المواشي يكدس على الارض حول المكان بالمنزل القروي ولم تحل بعد مشكلة عزل المواشي عن الآدميين مع ضرورتها. إلا انه قد بدأت أخيراً تجربة في هذا الباب على جانب كبير من خطر الشأن في منطقة كوم امبو وهي تبشر بنجاح باهر. ومن البديهي ان الاشراف على تزويد المنازل الريفية بنوع ما من المراحيض ورقابتها والعناية بها لا يمكن ان تتولاه هيئة رئيسية مركزية

٢ — مورد مستقل للمياه الصالحة للشرب لكل عائلة

هذه مشكلة ثانية كبيرة الشأن لم تحل بعد، حيث يستقي أغلب سكان القرى من المياه الملوثة

من النهر والترع . وفي اثناء السنة الشتوية يقومون بتصفية الطين من قاع الترع للحصول على ما به من المياه الآسنة ، وهي حال على أسوإ ما يمكن تصوره من الاشتهار بصحة الانسان . وما زالت الهيئات الرئيسية في مصر تتطاحن في مناقشة عنيفة حول تفضيل تعميم المشروعات الكبيرة لترشيح المياه وتوزيعها ، على مشروعات صغيرة يُستمد الماء بها من جوف الارض . مع أنه مما لا شك فيه لدى الجميع ان أيًّا 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 مبالين برأي الرجال الصحيين . وهو ما نبهت اليه اللجنة الملكية البريطانية في أواسط القرن الماضي من انهُ يجب تركيز جميع المرافق الصحية في أيدي رجال الصحة وان لا تتعدد السلطات المهيمنة عليها

وبالفعل أنشأت احدى الهيئات المحلية وهي مجلس مديرية القليوبية مشروعات قليلة النفقة وافية بالغرض في القرى مما يؤيد ما أسلفنا الاشارة اليه من تفضيل 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 يسمونهُ (خط التنظيم) رغم ما تبينهُ الاحصاءات العامة من ان المساكن في المدن مكتظة بسكانها وقد تعيش عائلة بأسرها في غرفة واحدة مما لا يحدث ضرراً صحيًّا وحسب ، بل أضراراً اخلاقية بائنة

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

٤ — العلاج والتمريض لغير القادرين

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

قلل من فائدتها . إذ ان الطبيب الواحد يفحص ويعالج مئات من المرضى في ساعات العمل المحدودة وهي التي لاتتعدى خمس ساعات . فأدى ذلك الى الاهمال الشديد والفحص السطحي

وعما زاد في الطين بلة أنّ تزاحم على أبواب هذه المستشفيات الاغنياء والفقراء وتمكن الأغنياء بما لهم من نفوذ ووساطات من الظفر بعناية لا بأس بها على حساب الفقراء

٥ — ضمان الكفاف من العيش لكل عائلة بنظام التأمين او الاعانة

ان العناية بالآلة الجثمانية للانسان وتزويدها بما يلزمها من وقود (أي غذاء) والتخلص من فضلاتها والمحافظة عليها من المؤثرات الخارجية ، وتوفير ما يلزم لها من ملبس ومسكن ضروريين لسلامتها وتمتعها بالصحة ، والنفقات اللازمة لذلك (وهو ما نعدّهُ الكفاف) يجب ان تضمنها الدولة بواسطة ادارتها الصحية ، وهي متروكة الآن للصدف وعناية الاقارب بفقرائهم ، والى شعور المحسنين . وحرام ان يُترك حبل حياة الأفراد على الغارب

وظاهر من الحالة في مصر ان هذا الحد الأدنى لا تحصل عليه نسبة لا يستهان بها من السكان لقلة أجور اليد العاملة وكثرة أفراد العائلات التي يعولها القادرون على الكسب وعدم توفر العمل في سائر أيام السنة وعدم وجود مدخرات مالية لمفاجآت المرض او الحوادث

وقد تركت مسألة الأجور خاضعة لنظام العرض والطلب ، وهو نظام يؤدي في الاماكن المكتظة الى هبوط أجور العمال عن الحد الادنى اللازم لتدبير ضروريات المعيشة

وقد قاوم الرأسماليون كثيراً تحت ستار (حرية السوق) تدخل الهيئات التشريعية في تقرير حد أدنى للاجور وتأمين الطبقات العاملة ضد العوض وضد البطالة على حساب الخزانة العامة . ولكن في العصر الاخير تغلبت النظرية الانسانية ورجحت كفة الانصاف للطبقات العاملة من الرأسمالية اذ ثبت ان في السوق الحرة لا رحمة للضعيف . وقد حدث هذا لاول مرة منذ عهد قريب في مصر . فقرر رئيس مجلس الوزراء ان لا يقل أجر العامل في خدمة الحكومة عن خمسة قروش صاغ في اليوم ، ونصح الهيئات الاخرى باتباع ذلك . وهذا العمل يعود بالفائدة الكبرى على الرأسماليين أنفسهم بمنع الانقلابات الاجتماعية العنيفة التي تنتج حتماً عن سوء حالة الطبقات العاملة

واننا لنطلب المستحيل 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 ان الفاقة تؤدي الى المرض بطريق مباشر او غير مباشر في ٢٠ في المائة من الحالات ، كما دلت الاحصاءات في كثير من البلاد على ان المرض من أهم أسباب الفاقة .

فقد بلغت ٦٠ في المائة في بعضها عدا أثر المرض في تسبيب الفاقة لافراد العائلة التي مرض عائلها . والفقر يدعو الى استغلال الاطفال في العمل في سن مبكر فينشأون ضعافاً وتتفاقم حالتهم الصحية

وقد كان اول عمل صحي في تاريخ المدنيات هو العناية بالفقراء ورعايتهم منذ أقدم العهود وما زلنا نرى في بلادنا هذه اثر التكايا والملاجىء والاسبلة والاوقاف الخيرية . وذلك قبل ان تعرف مصر أي نوع من الادارة الصحية

ان للرجل القادر على العمل حقاً في الحصول على الكفاف من العيش لهُ ولعائلته مادام على استعداد تام للعمل . فاذا لم يجد عملاً وجب على الدولة ان تعولهُ هو وعائلته ولكنها يجب أن لا تشجعه على البطالة فعليها أن تعطيه اقل قليلاً من اجره اليومي اذا تعطل عن العمل

وقد حلت هذه المشكلات 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 وايواؤهم واعانة النساء والاطفال الذين لا عائل لهم وايواؤهم

(٣) التأمين الملاجي لكن شخص يقل دخلهُ عن رقم محدد

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

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

ومما هو جدير بالذكر ان وزارة الشئون الاجتماعية قد بدأت بداية طيبة في معالجة هذه المشكلة الصحية من أساسها في القرية المصرية . مستعينة على ذلك بالتعاون والتبرع والمساعدة الحكومية وتنشر هذه الاعمال بنتيجة مرضية

ونلاحظ ان هذه المساعي المبذولة هي من صميم الاعمال الصحية وهاهي ذي ايضاً تتولاها هيئة غير الهيئة الصحية المختصة

ومن الخير كما قدمنا ان تتوحد هذه المساعي تحت ادارة هيئة صحية بحتة وان تكون وزارة الشئون الاجتماعية جزءاً هاماً من وزارة الصحة كما يجب ان يُضم الى وزارة الصحة ايضاً الجزء الاكبر من وزارة الاوقاف وهو الخاص بالاوقاف الخيرية ليكون نواة للاموال التي تخصص لاعانة الفقراء كما قصد الواقفون . لان هذه الهيئات الثلاث تعنى بسد الحاجات المادية الضرورية لجسم الافراد وما يتعلق بذلك عن قرب