

مرگ‌های خاموش در سکوت تماشا

درآمدی بر بی‌عدالتی در حوزه‌ی سلامت

* * *

هر کس انسانی را زنده گرداند چنان است
که تمام انسان‌ها را زنده کرده باشد.
(سوره‌ی مائده، آیه‌ی ۳۲)



کودکان گرسنه، کودکان کار و خیابان، بیماران دردمند...

کافی است درد و رنج دیگران را چشم پوشیدن یا به نظاره نشستن؛

برخیز به درد و شوق؛ بگذار تا قدر و قدرت عشق در برابر رنج و یأس آشکار شود.

پر واضح است که سلامتی و حق برخورداری از زندگی سالم از حقوق اساسی بشر است؛ حقی که به شدت بر حیات روانی و معنوی بشر و این که بتواند راه رشد را طی کند، مؤثر است. در دوران جدید، پیشرفت‌های دانش پزشکی، توانایی بشر در مبارزه با بیماری‌ها را افزایش داده و امکان سالم ماندن انسان، حداقل از نظر جسمی، افزایش یافته است.

در سال ۱۹۴۶، سازمان بهداشت جهانی، تعریفی راهبردی از سلامتی ارائه داد که به نظر می‌رسد یکی از جامع‌ترین و انسانی‌ترین تعاریفی است که از سلامتی ارائه شده است. این سازمان اعلام کرد که **سلامتی به معنای برخورداری کامل از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است و نه صرفاً نداشتن بیماری.**

اما متأسفانه آمارهای جهانی نشان می‌دهند که فواید این دانش تنها نصیب جوامع توسعه‌یافته شده و بسیاری از هموعان ما در سراسر جهان از پیشرفت‌های صورت گرفته در عرصه‌ی دانش سودی نبرده‌اند. سلامتی آنان هر روز توسط عوامل بی‌شمار اقتصادی، اجتماعی و سیاسی تهدید می‌شود. **علی‌رغم پیشرفت دانش پزشکی، هنوز بسیاری از مردم جهان از بیماری‌هایی جان می‌سپارند که علم پزشکی سال‌هاست درمان آنها را کشف کرده است؛** گویی که این انسان‌ها در جهانی دیگر زندگی می‌کنند.

در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه، بخش مهمی از این مردمان محروم از سلامتی را فقرا تشکیل می‌دهند. بر اساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، آن‌ها که فقیرترند، همواره از سلامتی کم‌تری برخوردارند و این سطح از وضعیت سلامتی از طریق فرآیندهایی کاملاً مشهود، به فقر آنان دامن زده و آن را تشدید می‌نماید.

در مطلب پیش رو، سعی ما بر این است که به بررسی علل و ابعاد نابرابری در حوزه سلامت و عوامل مؤثر بر سلامت فقرا پردازیم تا بتوانیم به کشف راه‌حل‌های مناسب برای کاهش این نابرابری‌ها و ارتقاء سلامت محرومین نزدیک شویم. این گفتار شامل چهار قسمت اصلی است: پس از مقدمه، در بخش دوم به بررسی مهم‌ترین روش‌های ارزیابی سطح سلامت در علوم سلامت خواهیم پرداخت. در بخش سوم وضعیت نابرابری در توزیع خدمات بهداشتی و همین‌طور سطح سلامتی متفاوت ما بین کشورهای فقیر و ثروتمند جهان را بررسی می‌کنیم. در بخش چهارم، که با عنوان افتادن در سراشیبی سقوط آمده است تأثیر متقابل فقر و سلامتی را بررسی می‌کنیم و اینکه چگونه آن‌ها که فقیرترند از سلامتی کمتری برخوردارند و بیماری و نبود سلامتی فقر آنها را تشدید می‌کند. نهایتاً در بخش پنجم، به بررسی اصلی‌ترین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامتی مردمان فقیر می‌پردازیم. امید است که این بررسی کوتاه، راه را برای کسانی که دغدغه‌ی برقراری عدالت در حوزه سلامت و همین‌طور تأمین شرایط بهداشتی و انسانی مناسب، برای زیستن مردمان ستم‌دیده‌ی جهان را دارند، باز کند.

۲- شاخصه‌های سنجش سلامت

ارزیابی وضعیت سلامتی در مناطق مختلف، نیازمند تعریف کردن شاخصه‌های سنجش سلامتی است. در واقع هرکدام از انواع شاخصه‌ها، وضعیت سلامتی را از منظری خاص به ما نشان می‌دهند. به همین دلیل معمولاً در تحقیقات پزشکی از چند شاخصه‌ی مختلف جهت ارزیابی استفاده می‌شود تا درباره‌ی جمعیت مورد مطالعه نگاهی جامع‌تر حاصل شود. شاخصه‌های سلامتی که در این متن ذکر می‌شوند، اکثراً نمی‌توانند بیانگر همه‌ی ابعاد سلامتی باشند، زیرا با در نظر گرفتن تعریف جامع سلامتی، اکثر آنها تنها ابعاد جسمی سلامت را پوشش می‌دهند اما به دلیل هزینه‌ی تحقیقاتی کم و آسان و فراگیر بودن این شاخصه‌ها، از آنها در متن استفاده شده است. برخی از مهمترین شاخصه‌ها عبارتند از:

۱. نرخ مرگ شیرخواران: تعداد مرگ کودکان کمتر از ۱۲ ماه در هر ۱۰۰۰ تولد زنده.
۲. نرخ مرگ کودکان زیر ۵ سال: تعداد مرگ کودکان زیر ۵ سال در هر ۱۰۰۰ تولد زنده.
۳. امید به زندگی: نشان می‌دهد که متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است و یا به عبارت دیگر هر عضو آن جامعه چند سال می‌تواند انتظار زندگی کردن داشته باشد.

۳- جهان در حال توسعه: زندگی در جهانی دیگر

"امروزه، شانس زنده ماندن فرزندان ما به شدت وابسته به محلی است که در آن متولد می‌شوند. فرزند یک ژاپنی احتمالاً بیش از هشتاد سال عمر می‌کند، در حالی که فرزند یک آفریقایی کمتر از پنجاه سال. این تفاوت فاحش میان هم‌نوعان ما، در درون کشورها نیز وجود دارد، حتی کشورهای ثروتمند!"

سازمان بهداشت جهانی

(گزارش نهایی کمیسیون شاخصه‌های اجتماعی سلامت)

تأمل کنید!

- ✓ در اروپا، میزان مرگ و میر میانسالان در میان طبقات پایین اجتماعی - اقتصادی، بین ۲۵ درصد تا ۵۰ درصد و حتی تا ۱۵۰ درصد بیش‌تر از مرگ و میر همین گروه در میان سایر طبقات است. (WHO, 2008)
- ✓ بیماری‌های قلبی و عروقی، اولین عامل مرگ و میر در جهان هستند که حدود ۳۰ درصد از تمامی علت‌های مرگ در جهان را به خود اختصاص می‌دهند. بر اساس آمارها، بیش از ۸۰ درصد از مرگ و میرهای ناشی از این بیماری‌ها، در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتند. (WHO, 2008)
- ✓ از هر ۸ زن افغان، یک نفر به علت مسائل طبی مرتبط با زایمان جان می‌سپارد. این در حالی است که این نسبت در کشور سوئد، یک به ۱۷۴۰۰ است. (WHO, 2008)
- ✓ در کشور اندونزی، میزان مرگ و میر مادران در بین فقرا، سه تا چهار برابر طبقات مرفه است. (WHO, 2008)
- ✓ بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، میزان مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه، ۱۵۰ برابر بیش‌تر از جهان توسعه‌یافته است. (Wikipedia)
- ✓ نزدیک به پنجاه سال است که واکسن سه گانه (دیفتی-کزاز-سیاه‌سرفه) در جهان وجود دارد اما تا کنون تنها ۵۳ درصد از کودکان حاشیه‌ی صحرای آفریقا با آن واکسینه شده‌اند. (WHO, 2004)
- ✓ هر ساله بر اثر کمبود ویتامین آ، حدود پانصد هزار کودک در جهان جان می‌سپارند. (WHO, 2004)
- ✓ هر ساله ده میلیون کودک در جهان، عمدتاً در کشورهای در حال توسعه، بر اثر بیماری‌های کاملاً قابل درمان و پیش پا افتاده‌ای همچون اسهال، سرخک و مالاریا جان می‌سپارند. (WHO, 2004)
- ✓ حدود یک سوم جمعیت جهان به داروهای مورد نیاز خود دسترسی ندارند. (WHO, 2004)

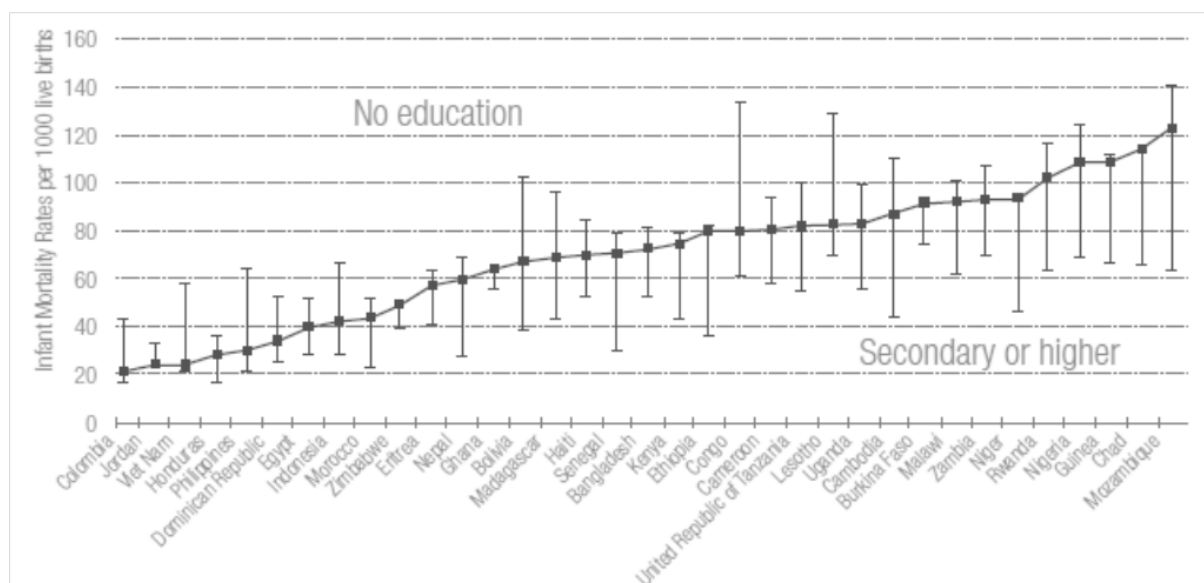
همانطور که گفتیم بسیاری از مردمان فقیر در کشورهای در حال توسعه و جهان سوم، با مشکلات بهداشتی فراوانی روبرو هستند؛ مشکلاتی که با توجه به پیشرفت‌های علم پزشکی کاملاً قابل حل است. اما در حقیقت این تفاوت‌های فاحش بین هم‌نوعان ما، در نتیجه‌ی نابرابری در توزیع خدمات بهداشتی در جهان و همچنین در درون کشورها و بین اقشار مختلف ایجاد می‌شود.

بر اساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، فقیرترین مردمان جهان همواره از پایین‌ترین سطح سلامتی برخوردار بوده‌اند. مردمان کشورهایی که به صورت تاریخی مورد بهره‌کشی و ستم قرار داشتند و یا از نابرابری در سیاست‌ها و توزیع قدرت در جهان رنج می‌برند، از سلامتی بسیار پایین‌تری بهره‌مند هستند. آن‌هایی که به دلیل شرایط فقیرانه زندگیشان هزینه‌های کمتری برای سلامتی صرف می‌کنند، طرد شده و کم‌کم حذف می‌شوند.

مشکلات بهداشتی اکثر فقرا، حاصل فقر و شرایط محیطی خطرناک آنهاست، که با رفتارهای بهداشتی غلط آنها که خود در نتیجه نبود آموزش مناسب است، در هم آمیخته است. در واقع ترکیب مرگبار فقر و اقتصاد عقب‌مانده، سیاست‌های بهداشتی غلط و ناآگاهی مردمان محروم شرایطی را رقم زده است که امروزه شاهد آن هستیم. در نمودار شماره ۱، شاخصه‌ی "امید به زندگی"

در کشورهای در حال توسعه‌ی مختلف نمایش داده شده و اثر تحصیلات مادران بر این شاخصه آورده شده است. این نمودار، نابرابری در شاخص مرگ و میر شیرخواران در بین کشورهای مختلف جهان و در درون کشورها را بر اساس تفاوت در تحصیلات مادران نشان می‌دهد. به عنوان مثال در حالی که در کلمبیا میزان مرگ و میر شیرخواران حدود ۲۰ عدد در هر هزار تولد زنده است، در موزامبیک این عدد ۱۲۰ است. همچنین تقریباً در تمامی این کشورها، آموزش دیدن مادران باعث کاهش قابل ملاحظه مرگ و میر شیرخواران شده است. به عنوان مثال در همان کشور موزامبیک متوسط مرگ و میر شیرخوارانی که مادران آنها آموزش دیده‌اند^۱، حدود ۶۰ و مرگ و میر شیرخوارانی که مادران آنها هیچ آموزشی ندیده‌اند^۲، حدود ۱۴۰ در هزار تولد زنده بوده است.

اگر این شاخص‌ها را با اعداد کشورهای توسعه‌یافته مقایسه کنیم، تفاوت فاحش تر است. به طوری که اگر شاخص مرگ و میر شیرخوارانی که در کشور ایسلند وجود دارد به همه‌ی جهان اختصاص داشت، سالانه جان ۶/۶ میلیون شیرخوار در جهان حفظ می‌شد^۳. در مورد سطح امید به زندگی نیز وضع به همین منوال است. در حالی که یک کودک متولد شده در ژاپن به طور متوسط ۸۵ سال، در برزیل ۷۲ سال و در هندوستان ۶۳ سال عمر خواهد کرد، این عدد در بسیاری از کشورهای آفریقایی کمتر از ۵۰ سال است.



نمودار شماره ۱: نابرابری در مرگ و میر شیرخواران در بین کشورها و در درون کشورها بر اساس تفاوت میزان تحصیلات مادران (WHO, ۲۰۰۸)

از طرفی دیگر الگوی بیماری در کشورهای توسعه‌یافته با کشورهای ثروتمند متفاوت است. در کشورهای ثروتمند، اکثر بیماری‌هایی که منجر به مرگ می‌شوند، سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی-عروقی و بیماری‌هایی هستند که ناشی از رژیم غذایی پر گوشت و پرچربی و برخاسته از سبک زندگی غربی می‌باشند. در حالی که در کشورهای در حال توسعه، بیشترین میزان بیماری‌ها مربوط به بیماری‌های عفونی و انگلی است. در جدول ۱، این مطلب بر اساس آمارهای جهانی نشان داده شده است. در کشورهای در حال توسعه، مجموع بیماری‌های مرتبط با فقر^۴، بین ۴۰ درصد تا ۵۴ درصد از علل مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهند و این در حالی است که در جهان ثروتمند، این گونه بیماری‌ها تنها علت ۶ درصد از مرگ و میرها هستند.

۱) Secondary or higher (تحصیلات راهنمایی یا بالاتر)

۲) No education (فاقد تحصیلات رسمی)

۳ به این معنا که اگر وضعیت مرگ و میر شیرخواران و در حقیقت سطح ارائه خدمات بهداشتی در حوزه سلامت مادران و نوزادان در همه‌ی جهان همچون ایسلند بود. آنگاه سالانه ۶/۶ میلیون کودک از مرگ مجات می‌افتند.

۴ بیماری‌های فقر اصطلاحی است که برای اشاره به آن دسته از بیماری‌ها و شرایط بکار می‌رود که بیشتر در نواحی فقیر و در نتیجه ناداری، فقر غذایی و سیستم بهداشت ضعیف ایجاد می‌شوند. از این دسته بیماری‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: التهاب ریه، انسداد روده، سل ریوی، بیماری‌های گوارشی، زخم گوارشی، بیماری انگلی، تب روماتیسمی، بیماری‌های سوخت‌وسازی و بیماری‌های عروقی غیر از دیابت، بیماری‌های مربوط به بارداری و بسیاری دیگر. (دانشنامه‌ی آزاد ویکی‌پدیا)

علی رغم وجود چنین شرایطی، میزان بسیار کمی از تحقیقات شرکت‌های دارویی به این بیماری‌ها، یعنی بیماری‌های مرتبط با فقر، اختصاص دارد. روند سرمایه‌گذاری‌ها در بخش تحقیقات دارویی در کشورهای غربی، به خوبی نشان‌دهنده‌ی این مطلب است که بخش اعظم تحقیقات دنیا صرف کشف دارو برای بیماری‌هایی می‌شوند که عمدتاً بیماری‌های ثروتمندان هستند.

کشورهای ثروتمند	کشورهای فقیر با مرگ و میر پایین	کشورهای فقیر با مرگ و میر بالا	علت های مرگ و میر
۲/۱ درصد	۲۴/۸ درصد	۳۴/۱ درصد	بیماری‌های عفونی و انگلی
۳/۷ درصد	۸ درصد	۹/۹ درصد	عفونت‌های تنفسی
۰/۴ درصد	۶/۸ درصد	۸/۴ درصد	شرایط حوالی زایمان
۰	۱/۱ درصد	۱/۳ درصد	کمزدهای تغذیه‌ای
۰	۰/۳ درصد	۰/۵ درصد	بیماری‌های گرمسیری
۶/۲ درصد	۴۰/۷ درصد	۵۴/۱ درصد	مجموع بیماری‌های مرتبط با فقر

جدول شماره ۱: میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مرتبط با فقر در کشورهای جهان (WHO, ۲۰۰۴)

علت اصلی مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی در کشورهای توسعه‌یافته، سه بیماری ایدز، مالاریا و سل هستند. این بیماری‌ها حدود ۲۰ درصد از کل بیماری‌های کشورهای فقیر را به خود اختصاص می‌دهند. هر ساله حدود یک میلیون کودک زیر پنج سال در آفریقا، از مالاریا جان می‌سپارند. رشد بیماری سل در آفریقا به صورت سالانه حدود ۶ درصد است، در حالی که در دیگر نقاط جهان این رشد منفی است. نزدیک به ۹۵ درصد از موارد بیماری ایدز در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد. با این وجود، با نگاهی به آمارهای جهانی می‌توان نابرابری در سرمایه‌گذاری‌های

تحقیقاتی در جهان را مشاهده کرد. در حالی که برای بیماری‌های سرطانی حدود ۳۹۵ محصول دارویی در حال ساخت است، برای بیماری ایدز ۸۶ محصول دارویی در روند تحقیق قرار گرفته است. بیماری‌های اصلی در میان مردمان کشورهای فقیر عمدتاً ناشی از شرایط محیطی غلط و نبود آموزش‌های لازم است. ولی بیماری‌های شایع در میان کشورهای توسعه‌یافته و مردمان ثروتمند کشورهای در حال توسعه، عمدتاً به دلیل رفاه بیش از حد است. در واقع در صورت اتخاذ سیاست‌های آموزشی، بهداشتی و اقتصادی عادلانه بخش مهمی از بار بیماری کشورهای جهان سوم و همین‌طور کشورهای ثروتمند کم می‌شود.

همچنین ذکر این نکته مهم است که بخش اعظم بیماری‌های کشورهای در حال توسعه قابل پیشگیری و درمان می‌باشند. اما مجموعه سیاست‌های بهداشتی غلط داخلی و عدم تعادل در توزیع منابع ثروت جهانی، چنین وضعی را به بار آورده است.

باید دانست که بخش مهمی از این عدم تعادل ناشی از رفتارها و سبک زندگی غلط مردمان ثروتمند جهان است. به عنوان مثال، بخش مهمی از زمین‌های

کشاورزی جهان برای تولید علوفه به منظور تولید و پرورش دام استفاده می‌شود. محصولات علوفه‌ی این زمین‌های کشاورزی برای تولید محصولات گوشتی، روانه‌ی دامپروری‌های بزرگ صنعتی می‌شوند. بخش اعظم محصولات گوشتی این دامپروری‌های بزرگ صنعتی، به مصرف مردمان ثروتمند در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته می‌رسد. اما این میزان از گوشت، بیش از حد نیاز آن‌هاست و آنها تحت تأثیر تبلیغات شرکت‌های بزرگ

اختلاف اجتماعی در جهان

داده‌های سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که در سطح جهان حدود ۱/۲ میلیارد نفر کمبود تغذیه و کمبود وزن دارند و اغلب گرسنه‌اند. در عین حال قریب به ۱/۲ میلیارد نفر از مردم جهان به اضافه وزن و پرخوری دچار هستند و غالب آنان از مصرف کالری اضافه و عدم تحرک بدنی در عذابند. بنابراین در همان حالی که یک میلیارد نفر نگران آن‌اند که آیا چیزی برای خوردن نصیبشان خواهد شد یا نه، یک میلیارد نفر دیگر باید نگران پرخوری باشند. در یک میلیارد نفری که در رأس هرم اقتصادی جهان قرار دارند، علت غالب مرگ و میرها بیماری‌های مربوط به پیری و بیماری‌های ناشی از روش زندگی افراطی است که از آن جمله می‌توان به پرخوری، مصرف سیگار، رژیم پر چرب و پرقند و کمبود تحرک بدنی اشاره کرد.

«طرح امید (آینده و محیط زیست)»، نوشته‌ی «لستر بروان»، ترجمه‌ی «دکتر حمید طراوتی»، ۱۳۸۷، بخش اول، فصل ششم (علایم اولیه سقوط)، ص ۱۱۳

غذایی جهان، رژیم غذایی پرگوشتی را برمی‌گزینند و بدین ترتیب، علاوه بر اینکه بخش مهمی از زمین‌هایی که می‌توانست برای مردمان فقیر جهان غلات فراوان تولید کند و آنها را از گرسنگی نجات دهد، هدر می‌رود، مردمانی هم که این‌گونه رژیم‌های پرگوشت را انتخاب کرده‌اند، به انواع سرطان‌های گوارشی مبتلا می‌شوند و چون این مسئله شایع است، بخش مهمی از هزینه‌های جهانی صرف تولید دارو برای درمان چنین سرطان‌هایی می‌شود. بدین ترتیب افراد ثروتمند، رنج و مشقت فراوانی را بر خود و دیگران تحمیل می‌کنند تا به سطحی از سلامتی برسند که بسیار پایین‌تر از سلامتی‌ای است که پیش از گزینش این سبک زندگی پرمصرف داشتند.

اهداف توسعه هزاره: پروژه‌های امیدبخش

قرن جدید با یادداشت امید بخشی آغاز شد که در آن کشورهای عضو سازمان ملل متحد تصویب کردند که تا سال ۲۰۱۵ میلادی، ۵۰ درصد از جمعیت فقیر کره زمین بکاهند. بر اساس آمارها جهان تا سال ۲۰۰۵، از برنامه زمانی دستیابی به این مقصود پیش بوده است. دو دلیل بزرگ برای این پیشرفت وجود دارد: هند و چین. رشد اقتصادی بالای این دو کشور باعث شده است که صدها میلیون نفر از دام فقر رهایی یابند. در چین، شمار افرادی که در فقر به سر می‌برند، از ۶۴۸ میلیون نفر در ۱۹۸۱ به ۲۱۸ میلیون نفر در سال ۲۰۰۱ کاهش یافته است؛ یعنی بیش‌ترین میزان کاهش فقر در طول تاریخ. هندوستان نیز وضع تقریباً مشابهی دارد؛ یعنی رشد اقتصادی قریب به ۶ درصد در سال. اگر جامعه بین‌المللی فعالانه این تلاش را در هندوستان آماده برای اصلاحات تقویت کند، می‌توان صدها میلیون نفر دیگر را از فقر نجات داد.

این خبر خوش است اما خبر بد اینکه ناحیه زیر صحرای آفریقا با ۷۵۰ میلیون جمعیت، هرچه عمیق‌تر در دام فقر فرو می‌رود. گرسنگی، بیماری و بی‌سوادی در این منطقه در حال رشد است و برخی پیشرفت‌های حاصله در چین و هند را خنثی می‌کند. آفریقایی که در ژوئیه سال ۲۰۰۵ کانون بحث اجلاس سران گروه هشت بود، حال مستلزم توجه خاصی است.

علاوه بر هدف کلی کاهش ۵۰ درصدی فقر تا سال ۲۰۱۵، از دیگر اهداف توسعه‌ی هزاره سازمان ملل می‌توان کاهش ۵۰ درصدی تعداد افراد گرسنه جهان، دستیابی به تحصیلات ابتدایی عمومی برای همه، فراهم آوردن آب سالم برای عموم و جلوگیری از توسعه بیماری‌های واگیردار به خصوص ایدز و مالاریا را نام برد. از جمله اهدافی که با این اهداف رابطه نزدیکی دارند می‌توان به هدف کاهش مرگ و میر مادران به میزان سه چهارم و کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به میزان دو سوم اشاره کرد.

«طرح امید (آینده و محیط زیست)»، نوشته‌ی «لستر پروان»، ترجمه‌ی «دکتر حمید طراوتی»، ۱۳۸۷، بخش دوم، فصل اول (ریشه‌کنی فقر،

تثبیت جمعیت)، ص ۱۳۵ و ۱۳۶

شب هرگز کامل نیست،
نشان به آن نشان که من می‌گوییم،
نشان به آن نشان که من اطمینان می‌دهم
در انتهای غم، همیشه پنجره‌ای باز است،
پنجره‌ای روشن.
رؤیای بیداری همیشه هست:
آرزویی برآوردنی، گرسنگی‌ای رفع کردنی،
دلی سخاوتمند،
دستی دراز شده، دستی گشوده،
چشمانی نگران،
یک زندگی، زندگی‌ای شریک‌شدنی.

«پل الوار» - شاعر و نویسنده فرانسوی

آیا تا به حال در بیمارستان بوده‌ای؟ احساسات و برداشت‌هایت را شرح بده.

«من خودم هیچ‌وقت در بیمارستان نبوده‌ام، منظورم خودم است. اما به خاطر کسی دیگر آنجا بوده‌ام که مادرم باشد. مادرم شب‌ها حال شکمش خوب نبود در تابستان. آن وقت گفت کمک، کمک. اما پدرم نمی‌توانست رانندگی کند و در تمام ساختمان هیچ آدمی نبود. آن وقت پدرم دور خانه می‌گشت و نمی‌دانست می‌بایست چه کار کند. بعد به این فکر افتاد که به یک بیمارستان در ناپل تلفن کند تا آمبولانس بفرستد، اما بیمارستان اولی گفت که هیچ ندارند. آن وقت پدرم به بیمارستان دوم تلفن کرد و این هم نداشت. و همینطور که از خشم مانند دیوانه‌ها فریاد می‌زد، آنها گفتند که به یک بیمارستان خصوصی تلفن کن. بیمارستان‌های ناپل همه زیر چتر کامورا (= مافیا) هستند، این را کانال ۲۱ گفته است. این طوری وانمود می‌کنند که انگار هیچ آمبولانسی آن‌جا نبود تا آدم به خصوصی‌ها تلفن کند که چند میلیون می‌گیرند که یک نفر را حمل کنند که در جا می‌میرد!

اما ما نمی‌توانیم چند میلیون فراهم کنیم و پدرم کف خیابان است و مثل دیوانه‌ها فریاد می‌کشید که یک نفر صدای او را بشنود. یک نفر سرش را بیرون کرد که آن روبرو زندگی می‌کند و گفت، نترس، من می‌برمش. او مزارچی‌ای قاچاقچی بود، اما با این حال خوب بود. بعد او مامان را به گالداللی برد. من هم آن‌جا بودم. در گالداللی همه خیلی یواش کار می‌کردند و همه سؤال می‌کردند و مادرم از درد، مار در شکم داشت. آن وقت مزارچیا گفت: «آخر این سوزن لعنتی را به این زن می‌زنید یا می‌خواهید صبر کنید تا بمیرد؟» و آن وقت به او سوزن را زدند. اما جا نبود، بعد او را در راهرو خواباندند با سوزن تویش. یک هفته تمام از او دیدار کردم. در گالداللی همه چیز کثیف است، هیچ چیز را نمی‌شویند، شب‌ها سوسک روی تخت خواب‌اش‌ها پرستارها خوابند...!

اما بدتر از همه پرستاری بود که همه می‌لرزیدند وقتی که او می‌گشت. پدرم گفت اگر او را در خیابان ببینم زیر چرخ لهنش می‌کنم، با این که نمی‌توانم رانندگی کنم!

در گالداللی بهتر است که آدم بمیرد.»

«در آفریقا همیشه مرداد است» (مجموعه انشاهای نوشته شده توسط دانش‌آموزان یکی از دبستان‌های شهرکی فقیرنشین در جنوب ایتالیا)، تألیف «مارچلو دِ اورتا»، ترجمه «حمید زرگرباشی»، انتشارات نقش خورشید

۴- افتادن در سرایشی سقوط: چرخه مرگبار فقر و بیماری

زندگی یک انسان تنگ‌دست خطرناک است. تمامی نوزده عضو خانواده پنا در کوخ آباد/کودیتو، داخل یک آلونک تک اتاقه، زندگی می‌کنند. ال کودیتو بر سینه‌ی تپه‌ای بیرون بوگوتا، کلمبیا، قرار دارد. آلونک آن‌ها در چند قدمی پرتگاه معدن ماسه سنگ قرار دارد. مانع افتادن بچه‌ها در پرتگاه، فقط یک تل هیزم و شاخ و برگ است. پدر خانواده فرانسیسکو پنا به همراه همسرش آمپارو، ۲۵ سال پیش از روستای بویوکا به شهر آمده بودند. آن‌ها امید داشتند که روزگارشان بهتر شود، اما الان به این نتیجه رسیده بودند که بدتر شده است. فرانسیسکو در معدن ماسه سنگ کار می‌کند. فرانسیسکو وقتی در حال کار، با پتک بر تخته سنگ‌ها می‌کوبیده است، دچار پارگی رباط بازو شده بود و شش ماه نتوانسته بود کار کند. این جا خطرناک است، همه جا خرده‌سنگ می‌پرد، گردهای ریز به ریه‌ها می‌رود و تخته سنگ روی آدم‌ها می‌افتد.

در این‌جا، اگر یکی بیماری بگیرد، به سرعت پخش می‌شود. آمپارو و فرانسیسکو با یازده بچه در یک اتاق زندگی می‌کنند. غذا پختن نیز در این اتاق انجام می‌شود. دود اتاق موجب ناراحتی ریه و چشم افراد می‌شود. غذای مستمندان، به آن‌ها توان مقاومت اندکی در برابر بیماری‌ها می‌دهد. این منطقه، آب لوله‌کشی ندارد. آب را از چشمه‌ای در دو کیلومتری تهیه می‌کنند. [...] آب چشمه آلوده است و منشأ اصلی آلودگی آن، فضولات ساکنین است. وضعیت بهداشتی خانواده‌ی پنا حیرت‌آور است. [تقریباً تمامی اعضای، بیماری‌های مزمن و گاه خطرناکی دارند]. با این حال خانواده‌ی آن‌ها برای این مشکلات هیچ خدمات پزشکی‌ای نه دریافت کرده بود و نه به سراغ آن رفته بود. از آمپارو پرسیدیم: "آیا تا به حال پیش دکتر رفته اید؟" گفت: "نه، ما پولش را نداریم."

«اندرون جهان سوم»، نوشته‌ی «پال هریسون»، ترجمه‌ی «شهریار آژغ»، ۱۳۸۷، فصل ۴ (مهار مرگ: بیماری ناداری)، ص ۳۲۲-۳۲۴

بیماری نیز مانند گرسنگی برای فقرا شرّ است؛ آنان را در سرایشی سقوط قرار می‌دهد و فقر آنان را تشدید می‌کند. بیماری موجب درد است، ذهن را در برابر بدن قرار می‌دهد و احساس تندرستی بشر را از او می‌گیرد. بیماری در محیط فقر رشد می‌کند و فقر را همیشگی می‌کند. فقر از طرق مختلف، موجب بیماری می‌شود و بدین ترتیب چرخه‌ای مرگبار از فقر و بیماری شکل می‌گیرد که در صورت عدم مداخله موجب محرومیت اجتماعی شدیدتر می‌شود.

بیماری بر فرد، خانواده و کشور هزینه اقتصادی محسوسی وارد می‌کند و بازدهی انسان را می‌کاهد؛ همچنان که گرسنگی این کار را می‌کند. با وجود بیماری، هزینه زندگی فرد بالا می‌رود، چون دارو و درمان خرج بالایی دارد. هم‌چنین فرد به علت بیماری از کار می‌افتد. اگر کشاورزی به هنگام کاشت یا برداشت محصول مریض شود (که این امر اغلب اتفاق می‌افتد، چون در وقت بارندگی محیط آلوده‌تر می‌شود)، ممکن است وارد جاده قرض و بیکاری شود. اگر بیمار فوت کند، خانواده با هزینه‌ی خانمان برانداز کفن و دفن دست به گریبان می‌شود و یک نیروی نان‌آور را از دست می‌دهد.

فرد بیمار به غذای بیشتری نیاز دارد. در بیماری مزمن به علت آنکه بدن نمی‌تواند از غذا خوب استفاده کند، آن مقدار غذای ناچیز مصرف‌شده نیز جذب بدن نشده و به هدر می‌رود. انگل‌هایی مانند کرم قلابدار، نواری و حلقوی اشتهای سیری ناپذیری دارند و دستگاه گوارش انسان را به عنوان محل زندگی انتخاب می‌کنند تا بتوانند بدون زحمت از غذای او تغذیه کنند. در مطالعه‌ای در کلمبیا، معلوم شد که آلودگی به کرم حلقوی، موجب از دست رفتن ۳۰ درصد از کالری مصرفی شده است.

بیماری، درآمد را پایین می‌آورد. بیماری حاد، نان‌آور خانه را به بستر می‌اندازد و مستمندان، اغلب از خدمات اجتماعی (مانند بیمه‌های درمانی، بیکاری و ...) بهره‌ای ندارند تا بر آن تکیه کنند. در مناطقی که مالاریا شایع است به طور متوسط ۲۵ درصد از حاضر نشدن در محل کار به علت مالاریا است. بیماری‌های مزمن نیز اگرچه ممکن است انسان را به بستر بیماری نکشانند، اما کارایی وی را که از قبل به علت گرسنگی کم بود، کمتر می‌کنند. در سوریه، کرم قلابدار تا ۵۰ درصد، بهره‌وری را افت می‌دهد. لذا فرد مبتلای به بیماری مزمن، فقیرتر از فرد سالم می‌شود، چون بهره‌وری وی کمتر و زمان غیبت وی در سر کار بیشتر است.

در سطح ملی، این غیبت از کار و بهره‌وری پایین، باعث تشدید فقر ملی می‌شود. به یک معنی مزارع و کارخانه‌ها مجبور می‌شوند بیشتر از نیاز خود کارگر بگیرند. در جهان سوم بیکاری بالاست، شاید این امر موجب اشتغال‌زایی است اما به سبب بهره‌وری پایین، مازاد اندکی برای سرمایه‌گذاری باقی خواهد ماند.

بیماری، خانواده را نیز در پس‌انداز برای سرمایه‌گذاری دچار مشکل می‌کند. بیماری می‌تواند بسیاری از مناطق قابل بهره‌برداری را خالی از سکنه و بلااستفاده کند؛ مثلاً دو بیماری کوری رودخانه^۱ و بیماری خواب^۲ موجب شده‌اند که دره‌های رودخانه‌دار واقع در کرانه‌ی بیابان غرب آفریقا خالی از جمعیت شوند.

بیماری فقر می‌آورد و در صورتی که چرخه حفظ شود، فقر نیز به نوبه خود بیماری می‌آورد. پشت چرخه حیات بسیاری از بیماری‌های مرتبط با فقر، عللی اجتماعی-اقتصادی وجود دارد. اکثر این گونه بیماری‌ها آفریده‌ی فقر هستند. حتی آن بیماری‌هایی که مرتبط با رفتارهای غلط بهداشتی فقرا است، در واقع به خاطر نبود آموزش مناسب و فقر آموزشی ایجاد شده‌اند. فقرا در شرایط محیطی و فرهنگی ویژه‌ای زندگی می‌کنند که احتمال بروز بیماری‌ها را بیشتر می‌کند یا بهبود آنها را به تأخیر می‌اندازد.

از طرفی سیاست‌های غلط و ناعادلانه‌ی منطقه‌ای و جهانی نیز مزید بر علت می‌شوند. در حالی که بسیاری از بیماری‌ها و



اهداف کمیسیون "شاخصه‌های اجتماعی سلامت"

این کمیسیون تنها به بررسی و مرور دانش موجود نمی‌پردازد، بلکه به برپاکردن مباحثات اجتماعی و ارتقاء میزان اتخاذ سیاست‌هایی که موجب کاهش نابرابری در بین کشورها و یا درون کشورها می‌شود، نیز می‌پردازد.

هدف کمیسیون این است که در عرض سه سال بنیادهایی استوار و محکم برای تحقق دورنمای خود بنا کند. اهداف این دورنما عبارتند از: آشکار شدن نقش و اثر ارتباطات اجتماعی و سایر عواملی که بر سلامتی و سیستم‌های بهداشتی مؤثرند و همین‌طور فهم دقیق و شناخته‌شدن نقش مهم آن‌ها در عرصه‌ی جهانی. بر این مبنا، باید فرصت‌هایی که برای سیاست‌گذاری و عمل مناسب وجود دارد و همین‌طور هزینه‌های کنار گذاشتن ابعاد اجتماعی سلامت، شناخته شده و مورد بحث و تبادل نظر قرار گیرد. موفقیت هنگامی میسر می‌شود که سازمان‌ها و مؤسسات بهداشتی در سطوح منطقه‌ای، ملی و جهانی از این نوع از دانش برای اتخاذ و اجرای سیاست‌های مرتبط با سلامتی استفاده کنند. کمیسیون به تحقق فرآیند بلندمدتی کمک خواهد کرد که طی آن دانش بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت وارد برنامه‌ریزی‌ها، سیاست‌گذاری‌ها و فعالیت‌های فنی سازمان بهداشت جهانی می‌شود.

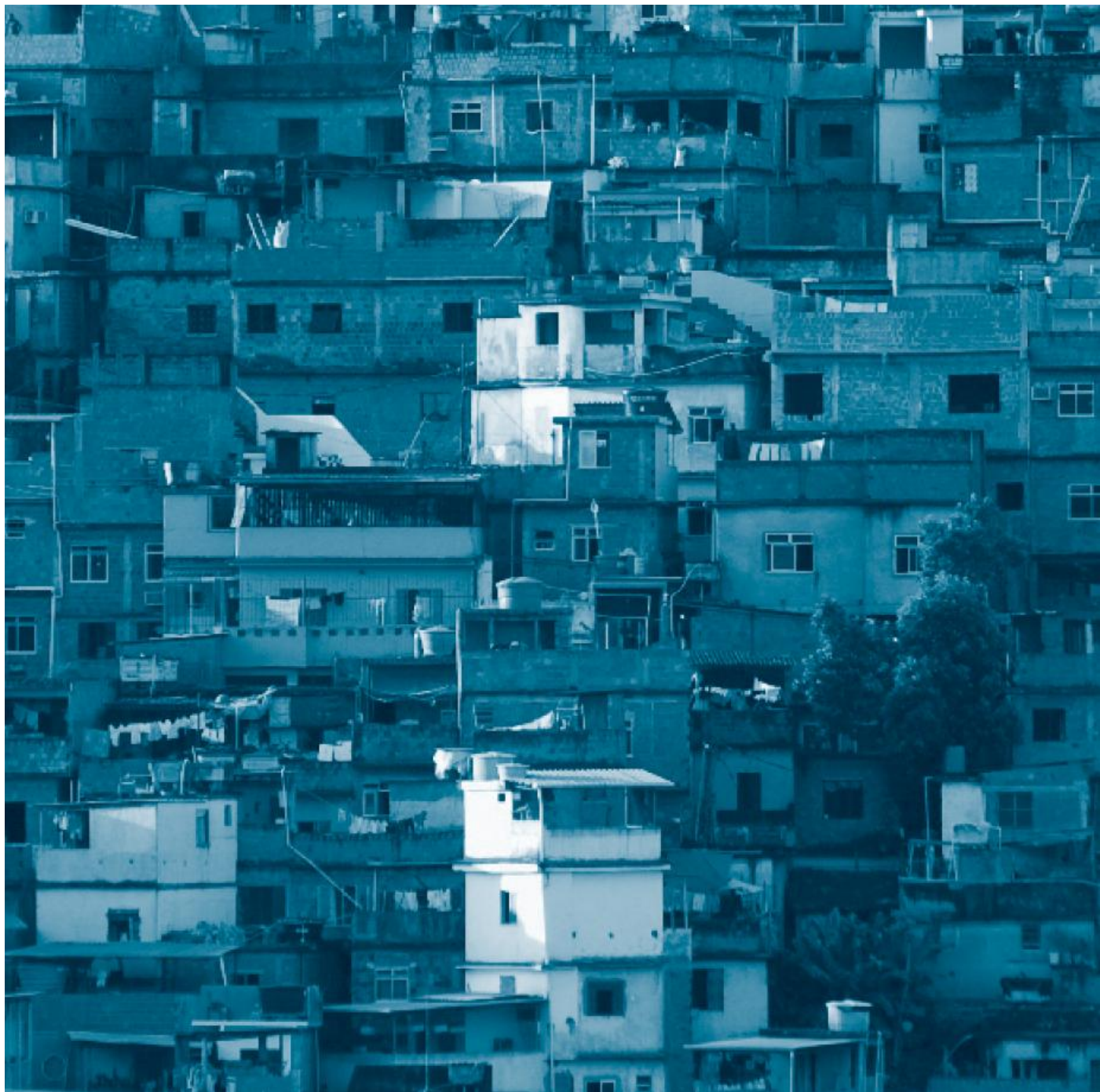
Michael Marmot, Social determinants of health inequalities, Lancet ۲۰۰۵; ۳۶۵: ۱۰۹۹-۱۰۴

^۱ بیماری کوری رودخانه در اثر آلودگی به کرم اونکوسرکیازیس ایجاد می‌شود و دومین عامل اصلی نابینایی است. این بیماری در نواحی گرمسیری و جنوب آفریقا بسیار شایع است. این عفونت گاهی در یمن، جنوب مکزیک، گواتمالا، اکوادور، کلمبیا، ونزوئلا و برزیل (در امتداد آمازون) نیز دیده می‌شود. اونکوسرکیازیس از طریق گزش مگس سیاه ماده منتقل می‌شود. این مگس در رودهایی که جریان آب تندی دارند زاد و ولد می‌کند (به همین علت نام کوری رودخانه برای این بیماری انتخاب شده است). به این علت که این عفونت در نزدیکی رودخانه‌ها گسترش زیادی دارد، بسیاری از مردم از زندگی در این نواحی خودداری می‌کنند. عدم امکان کار و زندگی در نزدیکی رودخانه، بر تولید محصولات کشاورزی تأثیر می‌گذارد. بنابراین اونکوسرکیازیس می‌تواند در ایجاد کمبود مواد غذایی در برخی نواحی مؤثر باشد. این بیماری درمان دارویی دارد و برای درمان دارویی بیمار باید هر شش ماه دارو دریافت کند. (www.Merckmanuals.com)

^۲ بیماری خواب یا تریپانوزومباز آفریقایی در اثر آلودگی با یک انگل پیش می‌آید که پشه تسه‌تسه حامل آن است. این بیماری ورم مغز ایجاد کرده و در نتیجه منجر به یک خواب درازمدت می‌شود و در نواحی گرمسیری آفریقا شایع است. بیماری خواب بر اثر گزش مگس تسه‌تسه‌ی آلوده عارض می‌شود. در صورت عدم درمان، بیماری خواب تقریباً همیشه کشنده است، اما اگر قبل از اینکه سیستم اعصاب مرکزی و مغز مبتلا شوند، اقدام لازم صورت گیرد، ممکن است بتوان جان شخص مبتلا را نجات داد. کنترل حشره تسه تسه می‌تواند از انتشار بیماری خواب جلوگیری کند. (دانشنامه‌ی آزاد ویکی‌پدیا)

مشکلات بهداشتی مردمان فقیر با اصلاح شرایط زندگی آنها، مانند آب سالم و فاضلاب بهداشتی و یا فراهم آوردن خدمات بهداشتی و پیشگیری مناسب قابل حل یا دست کم قابل کاهش است، مراکز دانشگاهی و علمی و بالطبع سیاست‌گذاران بیشتر در فکر توسعه خدمات پیچیده درمانی فوق تخصصی هستند.

شرایطی که در بالا مورد بررسی قرار گرفت بخشی از "شاخصه‌های اجتماعی سلامت فقرا" هستند. در سال ۱۹۷۸ برای اولین بار در اجلاس جامعه ملل شعار "سلامت برای همه" مطرح شد. سازمان بهداشت جهانی به منظور فهم بهتر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت فقرا و اینکه این عوامل چگونه عمل می‌کنند و چگونه می‌توان با هدف کاهش نابرابری و ارتقاء بهداشت آنها را تغییر داد، اقدام به تشکیل کمیسیون شاخصه‌های اجتماعی سلامت نمود. برنامه‌های این کمیسیون در واقع به برقراری عدالت بهداشتی در جهان کمک خواهد کرد. در ادامه‌ی این گفتار سعی خواهیم کرد با بررسی گزارش‌های این سازمان و همچنین نظرات جامعه‌شناسان پزشکی به شناسایی مقدماتی "شاخصه‌های اجتماعی سلامت" بپردازیم.



۵- شاخصه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت فقرا

الف- شرایط زندگی روزمره:

تأمل کنید

- ✓ از سه میلیارد نفر جمعیت شهر نشین در دنیا، **یک میلیارد نفر** در زاغه‌ها زندگی می‌کنند. در بسیاری از کشورهای آفریقایی اکثریت جمعیت شهرنشین در زاغه‌ها زندگی می‌کنند. به عنوان مثال در کنیا ۷۰ درصد از مردم شهرها ساکن زاغه‌ها هستند. (WHO, ۲۰۰۸)
- ✓ روزانه **سه هزار کودک** در سراسر جهان بر اثر خوردن آب ناسالم و وجود فاضلاب ناسالم جان می‌سپارند! (Wikipedia)
- ✓ بیش از نیمی از مردمان روستایی در موزامبیک، باید برای دسترسی به آب حداقل نیم ساعت پیاده‌روی کنند. در این کشور، تنها ۵ درصد از مردم روستا از آب لوله‌کشی برخوردارند. (WHO, ۲۰۰۸)
- ✓ نزدیک به **۱۲۶ میلیون کودک** پنج تا هفده ساله در جهان، مجبور به کارکردن در شرایط شغلی خطرناک هستند. (WHO, ۲۰۰۸)
- ✓ در هندوستان **۸۶ درصد** از زنان و **۸۳ درصد** از مردانی که در بخش کشاورزی کار نمی‌کنند، مشغول به کارهای غیر رسمی هستند (توضیح نویسنده: افراد شاغل در کارهای غیر رسمی از امنیت شغلی مناسبی برخوردار نیستند، هر زمان ممکن است کار خود را از دست بدهند. در این مشاغل بر کار کارفرماها نظارتی نمی‌شود و بدین ترتیب این افراد قربانی بی‌عدالتی در پرداختها و بهره‌کشی و یا خطرات شغلی که ناشی از عدم رعایت اصول ایمنی است، می‌گردند). (WHO, ۲۰۰۸)
- ✓ بیش از **۹۰۰ پزشک** و **۲۲۰۰ پرستاری** که در غنا آموزش دیده‌اند، اکنون در کشورهای ثروتمند مشغول به کار هستند. این درحالی است که در غنا، نسبت پرستار به هر هزار نفر جمعیت، کمتر از یک است. در انگلستان این میزان **۱۳ برابر** غنا است. (WHO, ۲۰۰۸)
- ✓ بر اساس آمارها سالانه حدود **۱/۶ میلیون نفر** در جهان در اثر انواع اشکال خشونت جان می‌سپارند که **۹۰ درصد** آن‌ها در کشورهای جهان سوم هست. (Wikipedia)

بسیاری از مشکلات بهداشتی محرومین ناشی از شرایط بد محل زندگی آنهاست؛ شرایطی که به راحتی و با اندک سرمایه‌ای (درمقابل دیگر هزینه‌های رایج کشورهای در حال توسعه) قابل رفع است. در خانه‌های پرجمعیت همراه با نور و تهویه کم، بیماری ایجاد می‌شود؛ سرخک و سیاه‌سرفه و سل سریع‌تر گسترش می‌یابد؛ پشه‌ها در سقف‌های پوشالی تکثیر می‌یابند و عامل کزاز در خشت کف خانه نهفته می‌ماند و آماده‌ی نفوذ به زخم‌ها و ناف نوزادان می‌شود. شست‌وشوی نامرتب موجب تشدید بیماری‌هایی مثل جزام و تراخم می‌شود. مردمان تمیزی را دوست دارند اما در بسیاری نقاط هزینه‌ی فراهم کردن شرایط بهداشتی زندگی بالاست؛ مثلاً به مسئله جوشاندن آب و تصفیه‌نکردن آن نگاه کنید که موجب بروز بیماری‌های عفونی زیادی می‌شود؛ مطالعه‌ای در شهر ایکای پرو مشخص کرد که زن‌ها به آن علت آب را نمی‌جوشانند که جمع کردن چوب وقت می‌برد و قیمت هیزم و نفت دائماً بالا می‌رود.

تغذیه نامناسب نیز در ایجاد بیماری دخیل است ولی هیچکس از سر اختیار تغذیه ناکافی را انتخاب نمی‌کند. شاید مردم جهان توسعه‌یافته از سر اختیار شیوه‌ای از تغذیه را انتخاب می‌کنند که باعث بروز بیماری‌های قلبی و سرطان در آنها می‌شود، اما مردمان فقیر تنها به یک علت دچار سوء تغذیه می‌شوند: فقر مادی و نبود عدالت در توزیع منابع غذایی.

هر ساله بسیاری از مردمان فقیر در اثر نبود آب و فاضلاب بهداشتی جان می‌سپارند. بسیاری از بیماری‌های ناشی از فقر در اثر آب آلوده ایجاد می‌شود. گرچه برنامه‌های آب‌رسانی در سطح جهان در حال اجرا و گسترش است اما **۷۸۳ میلیون نفر** در جهان از نعمت آب سالم بهره‌مند نیستند. دسترسی به آب سالم برای بعضی اقشار بهتر شده اما به نظر می‌رسد که این دسترسی هم‌چنان



عوارض و بیماری‌های مرتبط با
بی‌خانمانی؛
عفونت‌های پوستی
عفونت‌های تنفسی مانند سل
حوادث و سوانح
سوء مصرف الکل و مواد
بیماری‌های روانی
مشکلات دهان و دندان
و ...

برای بسیاری از اقشار محروم، به ویژه برای کودکان و زنان این قشر، سخت است. زنان و کودکان در سطح جهان نقش اصلی را در به دست آوردن آب و بردن آن به محیط خانه بازی می‌کنند. در بسیاری از نقاط دنیا، آنها باید فاصله‌های طولانی را برای به دست آوردن آب طی کنند و این امر تأثیری منفی بر روی تحصیل و آموزش دختران دارد. دسترسی به آب سالم برای پخت و پز، شست‌وشو و همین‌طور شستن لباس‌ها از نیازهای اساسی است، زیرا بسیاری از مردمان فقیر از طریق غذا یا حین حمام کردن و یا شست‌وشوی لباس‌ها در معرض

بیماری‌های خطرناک قرار می‌گیرند. آب ناسالم و فاضلاب غیر بهداشتی با بیماری‌های زیادی مرتبط است؛ از آن جمله مالاریا، بیماری‌های انگلی و شیستوزومیاز.^۷ این عفونت‌ها به نوبه خود ریسک ابتلا به ایدز را نیز بالا می‌برند.

یکی از مهم‌ترین مسائل زندگی فقرا که موجب بیماری آنها می‌شود، مسکن، حاشیه‌نشینی و سکونت در سکونت‌گاه‌های غیررسمی است. مسکن اثرات مستقیم و غیرمستقیمی بر سلامت دارد. نبود مسکن کافی باعث بیماری‌های جسمی و روانی می‌شود و ممکن است سبب تشدید بیماری‌های موجود شده و روند بهبودی آنها را به تأخیر اندازد. کمبود مسکن پیامدهای مشخص اجتماعی و اقتصادی دارد که سبب می‌شود امکان محافظت و ارتقاء سلامت کاهش یابد. بی‌خانمانی نیز یکی از مهم‌ترین مسائل مرتبط با مسکن فقر است. تعریف بی‌خانمانی عبارت است از فقدان دسترسی به مسکن امن و یا فضای حداقلی. بدین معنا، افراد حتی در صورتی که مسکن دائمی آنها در مکانی باشد که از نظر سلامتی زیان‌بار است یا آنها را از منابع ضروری برای حفظ یا محافظت از سلامتی محروم می‌سازد، نیز بی‌خانمان محسوب می‌شوند. بدین ترتیب بسیاری از مردمان کشورهای در حال توسعه که در حاشیه شهرها و در زاغه‌ها زندگی می‌کنند، عملاً بی‌خانمان محسوب می‌شوند. گرچه تعریف جامعه‌شناسان سلامت از بی‌خانمانی این موضوع را تصدیق می‌کند اما پیش از این نیز بر کسی پوشیده نبود که زندگی در زاغه‌های اطراف شهرها، به شدت سلامتی را تهدید می‌کند.

ب- شرایط اشتغال و کار:

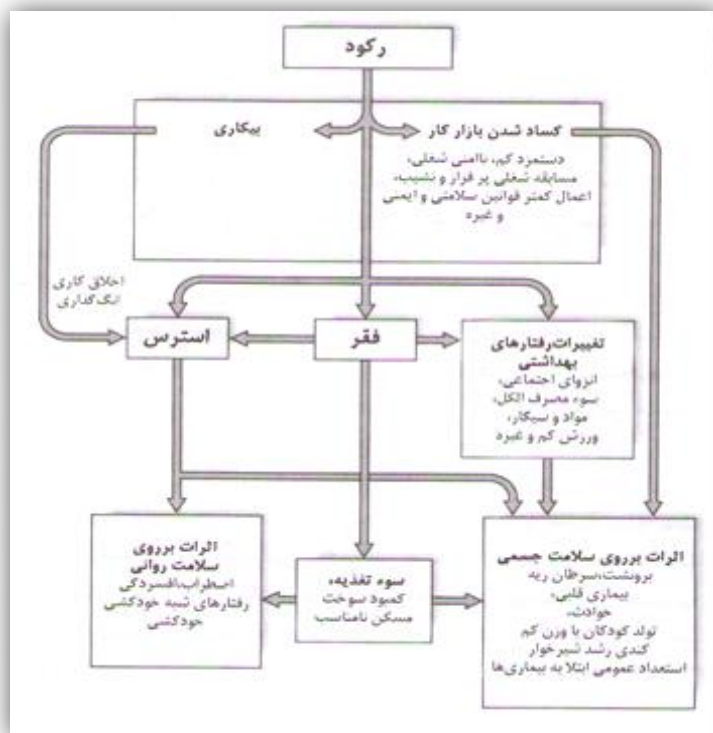
احتمال اینکه فقرا در کارهای نیمه وقت مشغول شوند یا اینکه به سرعت شغل عوض کنند، ناچار به مهاجرت شوند، استرس دوره‌های بیکاری را تجربه کنند و تلاش‌شان برای پیدا کردن شغلی مناسب با شکست روبرو شود، بسیار بیشتر است. شرایط شغلی نامناسب، افراد را در برابر مخاطراتی قرار می‌دهد که سلامت آنها را تهدید می‌کند و این خطرات در مورد شغل‌های سطح پایین‌تر بیش‌تر است. شواهد نشان می‌دهد که مطالبات زیاد در محیط کار از جانب کارفرمایان، نظارت ضعیف نهادهای ناظر بر بهداشت شغلی و همین‌طور ناکافی بودن دستمزدهای کارگران به نسبت تلاش‌شان از عوامل خطری هستند که احتمال بیماری‌های جسمی و روانی را زیاد می‌کنند.

قدرت گرفتن روزافزون شرکت‌ها و مؤسسات چندملیتی و جهانی در زمینه استقرار سیاست‌های کاری، باعث تضعیف کارگران و اتحادیه‌های کارگری شده است و باعث اشتغال بسیاری از افراد در مشاغل گردیده که از نظر سلامتی زیان‌بار هستند.^۸

^۷ شیستوزومیاز (Schistosomiasis) یا تب حلزون یک بیماری شغلی در روستاها می‌باشد و در افرادی که بعلت شغل کشاورزی، ماهی‌گیری، شالی‌کاری (یا بدلیل نبود آب بهداشتی، برای شست‌وشو و حمام از آب غیرسالم استفاده می‌کنند) دیده می‌شود. عامل بیماری، انگل‌هایی از رده شیستوزوما از خانواده ترماتودها می‌باشد. هرچند میزان مرگ‌ومیر این بیماری اندک است ولی به عنوان یک بیماری مزمن به خصوص در کودکان می‌تواند آسیب‌های مختلفی را ایجاد کند. (دانشنامه‌ی ویکی‌پدیا)

^۸ یکی از نمونه‌های دلخراش از فاجعه‌هایی که در نتیجه عدم نظارت کافی در محیط کاری ایجاد شده، حادثه‌ی دلخراش بوپال است. در شب‌های ۲ و ۳ دسامبر ۱۹۸۴ میلادی (آذر ۱۳۶۳)، ابر مسموم ناشی از نشت گاز سمی صنعتی خطرناکی، بر فراز شهر بوپال هندوستان به حرکت درآمد که وخیم‌ترین حادثه صنعتی جهان نام گرفت. نوعی گاز سمی

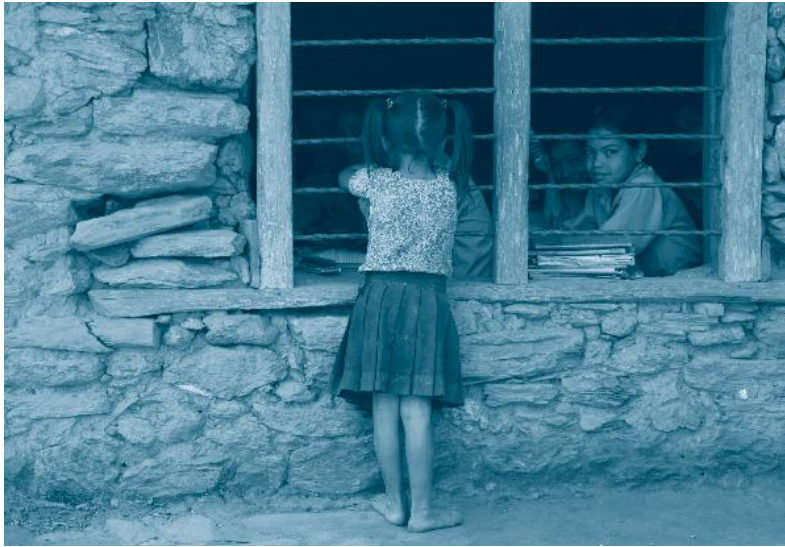
مشاغل غیررسمی نیز به دلیل امنیت شغلی نامناسب و نبود نظارت لازم به منظور کنترل شرایط بهداشتی و امنیتی کار، می‌توانند برای سلامتی زیان‌بار باشند. هم‌چنین شواهد سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که میزان مرگ و میر در میان شاغلان موقت بالاتر از شاغلان دائم است. از آنجا که بخش مهمی از اقتصاد کشورهای در حال توسعه به صورت غیر رسمی است و در این کشورها عملاً بسیاری از شاغلان از حقوق خود برخوردار نیستند و در شرایط شغلی بدی کار می‌کنند، این شرایط باعث بروز بیماری‌های مختلفی می‌شود و سلامتی آنها را دستخوش افول می‌کند. بخشی از ارتباط عوامل اجتماعی و اقتصادی که باعث تأثیر بر سلامتی شاغلین می‌شود و چگونگی این تأثیر و تأثرات، در شکل شماره ۳ نشان داده شده است.



شکل ۳- بیماری چگونه منجر به ضعف سلامتی می‌شود؟ (آلدر و همکاران، ۱۳۹۱)

از کارخانه حشره‌کش‌سازی شرکت آمریکایی یونایتد کارباید نشت کرد و این فاجعه چندین هزار کشته و بیش از ۳۰۰ هزار بیمار بر جای گذاشت، که بسیاری از آنها کاملاً معلولند و در شرایط دشواری زندگی می‌کنند. (دانشنامه‌ی آزاد ویکی‌پدیا)

پ- تبعیض و نابرابری جنسیتی:



جنسیت می‌تواند تعیین‌کننده‌ی سلامتی باشد. این عامل در میان فقرا تعیین‌کننده‌تر می‌شود. مهم‌ترین علت تفاوت میزان سلامتی میان زنان و مردان نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی است. بر اساس نظر سازمان بهداشت جهانی، فاصله‌ی میان فقرا و مردمان دیگر در حیطه سلامت تنها زمانی از میان می‌رود که زندگی زنان طبقه محروم بهبود یابد و نابرابری جنسیتی در این طبقه از میان برود. به همین دلیل این سازمان **توانمندسازی زنان** را به عنوان **کلیدی‌ترین راهبرد برای رسیدن به برابری در حیطه سلامت** عنوان کرده است.

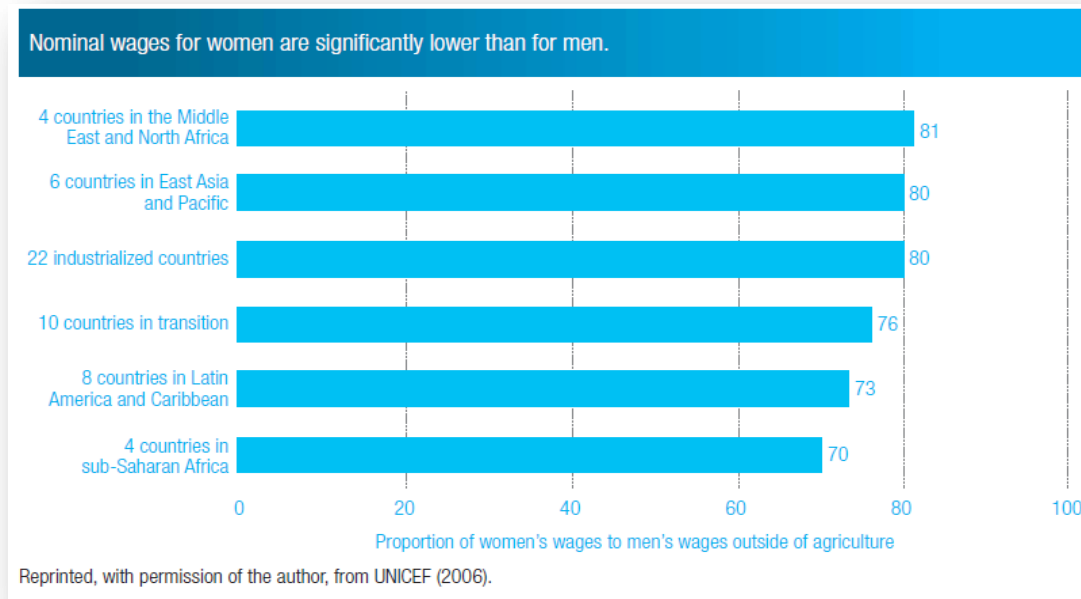
میزان مرگ و میر دختران و زنان در کشورهای در حال توسعه بسیار زیاد است. در سطح جهانی، مجموع تعداد نوزادان دختری که سالانه از بین می‌روند و میزان سالانه‌ی "مرگ و میر اضافی"^۹ زنان، حدود ۶ میلیون مورد است. مرگ و میر اضافی زنان همچنان ماندگار است و علاوه بر آن در کشورهایی مانند آفریقای جنوبی که با بحران ایدز روبرو هستند، در حال افزایش است. در آفریقای جنوبی این میزان از حدود صفر به حدود ۷۴۰۰ مورد در سال (سال ۲۰۰۸) افزایش یافته است.

در میان فقرا تفاوت‌های زیادی در نوع بیماری‌ها و صدماتی که زن و مرد را درگیر می‌کند وجود دارد. بر اساس آمارها زنان فقیر بیشتر از مردان به بیماری‌های قلبی، دیابت و سرطان مبتلا می‌شوند. هم‌چنین زنان فقیر با احتمال بیشتری، به صورت همزمان از دو بیماری رنج می‌برند.

سلامت زنان فقیر تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد که برخی از آن‌ها از این قبیل اند: توزیع ناعادلانه برخی امکانات خانگی (همچون غذا و آب سالم)، وجود خشونت خانگی علیه آنها، نابرابری در انجام کارهای منزل، نابرابری در بهره‌مندی از اوقات فراغت و همین‌طور سایر فرصت‌های خانگی. نحوه‌ی توزیع منابع مختلف از قبیل درآمد، غذا و میزان دسترسی به خدمات بهداشتی در خانواده‌های محروم ناعادلانه است زنان و مادران به دلایل فرهنگی، قربانیان اصلی این بی‌عدالتی هستند. محرومین مهارت‌های اصلی زندگی کردن و مهارت‌های برقراری روابط موفق خانوادگی را نمی‌آموزند. به علاوه بسیاری از مردان در این خانواده‌ها با اعتیاد و یا اعمال مجرمانه درگیر می‌شوند و این واقعیت‌های تلخ باعث می‌شود که مادران و به طور کلی زنان از حمایت‌های عاطفی مورد نیازشان بهره‌مند نشوند و این امر به نوبه‌ی خود سلامت روان کل خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این عناصر که تحت تأثیر الگوهای منطقه‌ای و فرهنگی قرار دارد، باعث ایجاد نابرابری جنسیتی می‌شود.

^۹ **میزان مرگ و میر اضافی** به معنای تعداد موارد فوتی است که در اثر بیماری‌ها، شرایط خاص و یا رویدادهایی همچون تشعشعات آلوده، آلاینده‌های شیمیایی در محیط و یا بلایای طبیعی به وقوع می‌پیوندد. به عنوان مثال در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ در نشریه‌ی سالنامه‌ی طب داخلی با عنوان خطرات شکستگی استخوان ران در افراد پیر منتشر شد، محققان نتیجه‌گیری کردند که در حالی که خطر مرگ در سه ماه‌ی اول پس از شکستگی بیشتر است، اما مرگ و میر اضافی تا یک دهه بعد وجود دارد. به این معنا که بر اساس این پژوهش، افرادی که دچار شکستگی استخوان ران می‌شوند به نسبت افرادی که دچار شکستگی نشده‌اند، تا یک دهه پس از حادثه بیشتر در معرض خطر مرگ قرار دارند. () ۱۴, Accessed March ۲۰۱۳

اما عوامل اجتماعی نیز بر میزان سلامت زنان مؤثر هستند. ضعف‌های سازمانی در خدمات بهداشت عمومی، تبعیض‌های ساختاری نظام اقتصادی علیه زنان و حمایت‌های اجتماعی نابرابر از جمله عوامل مهم هستند. به عنوان نمونه در نمودار شماره ۲، میزان درآمد زنان، با میزان درآمد مردان مقایسه شده است. در تمامی کشورهای در حال توسعه میزان درآمد زنان پایین‌تر از مردان است.



نمودار شماره ۲: میزان درآمد زنان شاغل (در خارج از بخش کشاورزی) در مقایسه با مردان، در برخی کشورها (WHO, ۲۰۰۸) - به عنوان نمونه در بخش اول نمودار، متوسط درآمد زنان شاغل در بخش‌هایی به غیر از بخش کشاورزی (در میان چهار کشور منتخب از خاورمیانه و شمال آفریقا)، ۸۱٪ متوسط درآمد مردان شاغل در آن دسته از مشاغل می‌باشد.

توانمندسازی زنان و چالش‌های آن: مروری بر پروژه ملی و مشارکتی در پاکستان به منظور کاهش سوء تغذیه در دختران روستایی

در طول سالیان گذشته، سوء تغذیه در میان کودکان زیر ۵ سال در کشور پاکستان همواره وجود داشته است. نابرابری‌های بنیادین در سلامت، تحصیلات پایین زنان، حضور کم‌تعداد دختران در مدارس و میزان بالای خروج دختران از مدارس ابتدایی همچنان به عنوان چالش‌های بنیادین در پاکستان مطرح است و پروژه "توانا" نیز به همین موضوعات پرداخته است.

این پروژه که توسط وزارت زنان و توسعه فدرال آغاز شد، پروژه ملی است که ۲۹ منطقه را شامل می‌شود. این پروژه بر توانمندسازی زنان محلی از طریق دادن فرصت به آنها در جهت برنامه‌ریزی و مدیریت مناسب تغذیه خانواده متمرکز شده است و به خوبی نشان می‌دهد که چگونه می‌توان سوء تغذیه را کاهش داد. پس از این پروژه میزان حضور و ماندن دختران در مدارس دولتی افزایش پیدا کرد. این پروژه مهم توسط زنان انجام می‌شود و از طرف شبکه‌ی همکاری بزرگی متشکل از دانشگاه آقا خان، یازده سازمان مردم‌نهاد محلی، دولت محلی، مؤسسه‌ی بیت‌المال پاکستان و وزارت فدرال، حمایت می‌شود. این پروژه شامل ارائه‌ی وعده‌های غذایی تازه به دانش‌آموزان ۴۰۳۵ دبستان دخترانه، در یک بازه زمانی دو ساله بود و باعث کاهش ۴۵ درصدی سوء تغذیه و افزایش حضور دختران در مدارس به میزان ۴۰ درصد شد. با این حال بزرگ‌ترین چالش برای پروژه توانا از سوی برخی نهادهای همکار و به دلیل شرایط اجتماعی-سیاسی رقم خورد. با وجود موفقیت حاصله دولت پروژه را تغییر داد و وعده‌های غذایی تازه را با شیر و بیسکویت بسته‌بندی شده جایگزین کرد.

WHO, Social determinants approach to public health: from concept to practice, ۲۰۱۱

مراقبت‌های پیش از زایمان نیز نقش مهمی در زمینه‌ی سلامت زنان و کودکان محروم دارد. در میان فقرا همواره آمار مرگ و میر شیرخواران و سطح بهداشت حاملگی پایین بوده است. بر اساس تحقیقات انجام شده، فقر مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی ناکافی بودن مراقبت‌های پیش از زایمان است. به این معنا که زنان فقیر با احتمال بیشتری نسبت به دیگر زنان از مراقبت‌های کافی پیش از زایمان، بهره‌مند نمی‌شوند. تحقیقات بسیاری نشان داده‌اند که ارتباط زیادی بین فقر، آموزش، اشتغال، تولدهای پررنج و سطح سلامتی مادران و کودکان وجود دارد. شصت درصد از کودکانی که در خانواده‌های فقیر متولد می‌شوند، حداقل یک بیماری مزمن دارند. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، در سال ۱۹۸۵ میزان مرگ و میر شیرخواران در کشورهای در حال توسعه ۱۵۰ برابر کشورهای ثروتمند بوده است.

ت- شرایط آموزشی در کشورهای فقیر:

آموزش نقشی اساسی و تأثیرگذار در زندگی فقرا دارد. آموزش بر میزان درآمد خانواده‌ها و همچنین رفتارهای بهداشتی آنان مؤثر است. تحقیقات نشان می‌دهد که آموزش اثری پایا، مستمر و فزاینده در بالا رفتن سطح سلامتی افراد دارد. آموزش باعث فعال شدن افراد در مسیر خودکفایی شده و بنابراین باعث نیل آنها به اهداف بالاتر زندگی می‌گردد. اگر فرایند آموزش حاوی مهارت‌ها و توانایی‌های کاربردی برای زندگی باشد و دانش‌آموزان را به منابعی ارزشمند (کتاب‌ها، اشخاص و نهادها) متصل گرداند، فقرا قادر خواهند بود که با گذراندن چنین دوره‌های آموزشی‌ای به اهداف خود در زندگی دست یابند. سلامت و بهداشت نیز یکی از این اهداف است که تحصیل مناسب و صحیح می‌تواند به تحقق آن یاری برساند.

نابرابری آموزشی در جهان

سطح آموزش نیز یکی از نموده‌های اختلاف بین فقیر و غنی است. در برخی از کشورهای صنعتی مانند کانادا و ژاپن اکنون بیش از نیمی از تمام جوانان با مدرک دو یا چهارساله از دانشگاه فارغ‌التحصیل می‌شوند. بر عکس در کشورهای در حال توسعه حدود ۱۱۵ میلیون نونهال در سن دبستان، حتی استطاعت رفتن به مدرسه را ندارند. هرچند پنج قرن از زمان اختراع دستگاه چاپ گوتنبرگ می‌گذرد اما همچنان قریب به ۸۰۰ میلیون فرد بالغ بی‌سوادند. اگر برنامه سوادآموزی بزرگسازان وجود نداشته باشد، این افراد چشم‌انداز خوبی برای نجات از فقر ندارند.

بی‌سوادی و فقر یکدیگر را تقویت می‌کنند زیرا زنان بی‌سواد اکثراً خانواده‌های پرجمعیت‌تری را رقم می‌زنند. هم‌چنین هر سال تحصیلی درآمد را ۱۰ تا ۲۰ درصد افزایش می‌دهد.

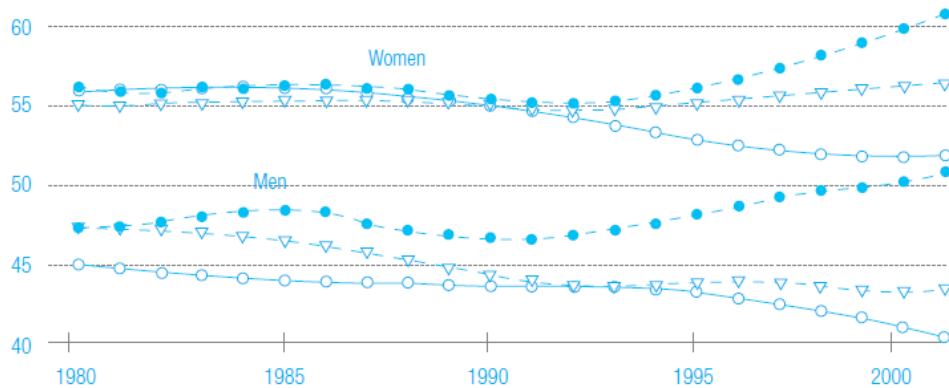
طرح امید (آینده و محیط زیست)، لستر بروان، ترجمه‌ی دکتر حمید طراوتی، ۱۳۸۷، بخش اول، فصل ششم (علایم اولیه

این بدان معناست که آموزش بهترین روش برای توانمند کردن محرومان در کشورها و مناطق فقیر است. آموزش به طریقی مستقیم نیز باعث بهبود سلامتی می‌شود. رفتارهای بهداشتی می‌توانند به بهترین نحو آموزش داده شده و تغییر یابند و از این طریق کاراترین و مؤثرترین استراتژی بهبود سلامتی مردمان یعنی "پیشگیری" عملی می‌شود. گذشته از شاخه‌ی پیشگیری در "آموزش سلامت"، آموزش کسانی که در حال تجربه‌ی بیماری هستند باعث مشارکت بهتر و کاراتر آنها در فرآیند درمان و پذیرش بهتر فرآیند رنج‌آور درمان می‌شود. به عنوان مثال در مورد بیماری ایدز که مشکل اساسی جهان سوم و فقرا است، آموزش پیشگیرانه و آموزش بیماران به منظور تکمیل روند درمان بسیار مهم است.

زنان به دلیل نقش مهمی که در تهیه‌ی مواد غذایی، تولد فرزندان و نگهداری از آنها و آماده‌سازی محیط خانه دارند مهم‌ترین گروه هدف در آموزش سلامت هستند. تحقیقات نشان می‌دهد که هرچه تحصیلات مادران بیشتر باشد، با احتمال کمتری فرزندانشان در شیرخوارگی می‌میرند، وزن آنها هنگام تولد بیشتر است و دستگاه ایمنی

رشدیافته‌تری دارند (نمودار شماره یک). به عنوان مثال در تایوان، رفرم آموزشی سال ۱۹۶۸ که باعث افزایش میزان مدرسه رفتن کودکان (و در نتیجه افزایش سطح تحصیلات زنان و مادران آینده) شد؛ باعث کاهش ۱۱ درصدی میزان مرگ و میر شیرخواران گردید.

نهایتاً تحقیقات جهانی نشان می‌دهد که سطح آموزش ارتباط مستقیمی با میزان امید به زندگی دارد. نمودار شماره ۳ که براساس یک پروژه تحقیقاتی بزرگ در فدراسیون روسیه بین سالهای ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ تهیه شده است به خوبی نشان می‌دهد که هرچه سطح تحصیلات افزایش یابد میزان امید به زندگی بیشتر می‌شود.



راهنما: آموزش ابتدایی (دایره توخالی)، آموزش متوسطه (مثلث)، آموزش دانشگاهی (دایره توپر)

نمودار شماره ۳: الگوی میزان امید به زندگی در مردان و زنان در سن ۲۰ سالگی در طی سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ میلادی بر اساس دستاوردهای آموزشی، فدراسیون روسیه (WHO, ۲۰۰۸)

اهداف توسعه هزاره در بخش آموزش:

یکی از راه‌های کاهش فاصله طبقاتی بین ثروتمندان و فقراء، آموزش همگانی است. این کار به معنی تضمین این است که ۱۱۵ میلیون کودکی که به مدرسه نمی‌روند، به این امکان دست یابند. *آمارتیا سن*، اقتصاددان، با ظرافت به این مطلب اشاره می‌کند و می‌گوید: "خطر بی‌سوادی برای بشر بیش از تروریسم است".

بر همین اساس سازمان ملل دسترسی به آموزش ابتدایی همگانی را تا سال ۲۰۱۵ از اهداف توسعه هزاره خود قرار داده است. بانک جهانی با برنامه آموزش همگانی خود رهبری را در این زمینه برعهده گرفته است و بر اساس آن هر کشوری که طرح مناسبی برای دستیابی به آموزش ابتدایی داشته باشد واجد شرایط دریافت کمک مالی شناخته می‌شود.

آموزش فواید بسیاری دارد، به ویژه برای زنان. سطح پیشرفت کودکان تقریباً به سطح تحصیلات مادرانشان وابسته است. فرزندان مادران تحصیل کرده تغذیه مناسب‌تری دارند اما لزوماً نه به این خاطر که درآمد خانواده بالاتر است، بلکه به این دلیل که درک بهتر مادران آنها از تغذیه، موجب می‌شود غذاهای مناسب‌تر و روش‌های سالم‌تری برای آماده‌سازی غذا انتخاب کنند. آموزش زنان کلید از هم گسستن چرخه فقر است. آموزش دختران موجب کوچک‌شدن خانواده‌ها می‌شود. در تمام جوامعی که اطلاعات جمعیتی آنها موجود است، چندان که سطح آموزش زنان بالا می‌رود، باروری کاهش می‌یابد و مادرانی که حداقل ۵ سال درس خوانده‌اند، در خلال زایمان یا به دلیل بیماری در ماه‌های اول زندگی نوزادان، کم‌تر کودکان خود را از دست می‌دهند.

بانک جهانی برآورد می‌کند که احتمالاً بیش از ۸۰ کشور جهان تا سال ۲۰۱۵ به این هدف نخواهند رسید و برای کمک به آنها می‌باید ۱۲ میلیارد دلار کمک خارجی فراهم شود تا آنها به آموزش ابتدایی همگانی دست یابند.

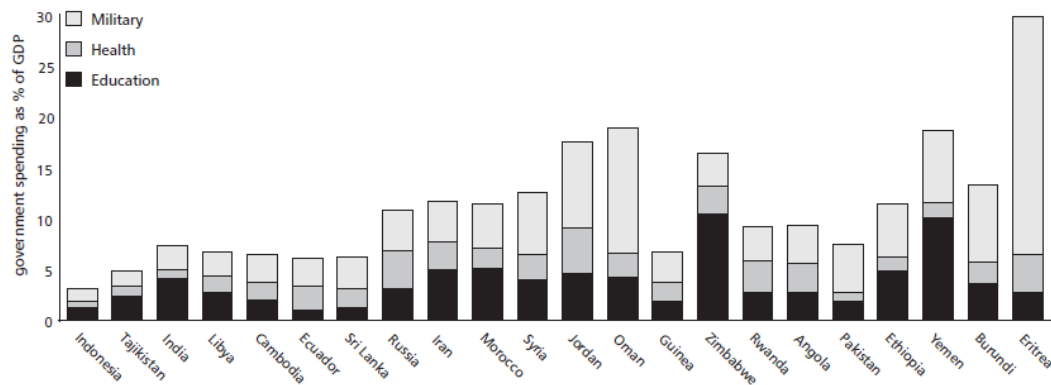
طرح امید (آینده و محیط زیست)، *لستر بروان*، ترجمه‌ی دکتر حمید طراوتی، ۱۳۸۷، بخش دوم، فصل اول (ریشه‌کنی فقر، تثبیت جمعیت)،

ص ۱۳۶-۱۳۸

تأمل کنید:

- ✓ یک پنجم از مردمان جهان که در کشورهای ثروتمند زندگی می‌کنند نزدیک به ۸۲ درصد از تجارت جهانی و ۶۸ درصد از سرمایه‌گذاری خارجی را در جهان به خود اختصاص می‌دهند و این در حالی است که یک پنجم فقیر جهان تنها ۱ درصد را به خود اختصاص داده‌اند. (WHO, ۲۰۰۸)
- ✓ در سال ۱۹۹۹ جهان در حال توسعه، به ازای هر یک دلار وام دریافتی ۱۳ دلار بازپرداخت کرده است. (WHO, ۲۰۰۸)
- ✓ مردمان کشورهای توسعه‌یافته که ۲۰ درصد از مردمان جهان هستند ۸۶ درصد از منابع جهان را مصرف می‌کنند (WHO, ۲۰۰۸)
- ✓ از سال ۱۹۹۰ درگیری‌ها در جهان ۳/۶ میلیون نفر در جهان را به طور مستقیم به کام مرگ فرستاده است. (WHO, ۲۰۰۸)
- ✓ سودان دارای ۵/۴ میلیون نفر مهاجر داخلی به دلیل جنگ است، این عدد در کلمبیا ۳ میلیون، اوگاندا ۲ میلیون و در عراق ۱/۳ میلیون نفر است. (WHO, ۲۰۰۸)

یکی از مهم‌ترین علل بروز نابرابری در سلامت در میان کشورهای جهان، سیاست‌های غلط و ظالمانه‌ی دولت‌هاست. این سیاست‌ها که البته تحت تأثیر معادلات جهانی اتخاذ می‌شوند - یا حداقل به صورتی غیر مستقیم بدین طریق تقویت می‌شوند (به عنوان مثال از طریق حمایت‌ها و منافع قدرت‌های منطقه‌ای و جهانی) - به شدت بر میزان فقر، رشد و گسترش آن و همین‌طور سیاست‌های بهداشتی تأثیرگذار است. به عنوان مثال بر اساس آمارهای سازمان‌های جهانی تقریباً در تمامی کشورهای جهان میزان بودجه دفاعی بسیار بیشتر از بودجه بهداشتی مردمان است (نمودار شماره چهار). در کشورهای فقیر این وضع البته بدتر است؛ زیرا آنها به دلیل مشکلات اقتصادی، دخالت قدرت‌های جهانی و منطقه‌ای و همین‌طور عدم وجود ثبات سیاسی بیشتر درگیر جنگ هستند و به همین دلیل بیشتر بودجه آنها صرف هزینه‌های دفاعی می‌شود، مضاف بر اینکه پدیده‌ی جنگ باعث بروز مشکلات انسانی و بهداشتی فراوانی است. مناسبات جهانی به دلیل قدرت‌طلبی قدرت‌های بزرگ و اهداف توسعه‌طلبانه‌ی کشورهای ثروتمند روزبه‌روز بیشتر به سمت جنگ و درگیری می‌رود و در چنین فضایی بودجه‌های نظامی کلان و رقابت‌های تسلیحاتی کاملاً قابل پیش‌بینی است. به عنوان مثال بر اساس محاسبات لستر بروان در کتاب طرح امید که بر اساس اهداف توسعه هزاره سازمان ملل تدوین شده است برای برآورده کردن اهداف اجتماعی و زیست‌محیطی کره زمین که می‌تواند منجر به ریشه‌کنی فقر و برقراری عدالت جهانی شود، سالانه ۱۶۱ میلیارد دلار نیاز است و این در حالی است که تنها بودجه نظامی آمریکا، کشوری که مردمانش بخش اعظم منابع کره‌ی زمین را هدر می‌دهند، بزرگ‌ترین تولیدکننده‌ی گازهای گلخانه‌ای در جهان است و آتش بسیاری از جنگ‌ها را برافروخته، ۴۹۲ میلیارد دلار است. این وضع در مورد بسیاری دیگر از کشورهای صنعتی جهان نیز صدق می‌کند.



نمودار شماره ۴: هزینه‌های عمومی در بخش سلامت، آموزش و دفاع در کشورهای جهان (WHO, ۲۰۰۴)

در صورتی که نظام جهانی به سمت ثبات و صلح برود و قدرت‌های جهانی دست از منفعت‌طلبی روز افزون خود برداشته و به برابری جهانی تن دهند این روند برعکس می‌شود. در واقع براساس آمارهای جهانی رفتن به سمت ریشه کنی فقر و برابری با هزینه‌ای بسیار کم قابل اجرا بوده و به هیچ وجه دور از انتظار نیست. به عنوان مثال اگر مجموعه کشورهای صنعتی تنها ۲۰ درصد از بودجه نظامی خود را بکاهند، کل پروژه‌ی احیای اجتماعی و زیست‌محیطی کره زمین قابل اجرا است (جدول شماره ۲ و ۳). اگر سیاست‌گذاران این کشورها که هر ساله به نام دفاع از صلح و آزادی آتش جنگی را در نقطه‌ای از جهان برمی‌افروزند، واقعاً در این هدف خود صادق باشند، این راه نسبت به لشکرکشی نظامی به گوشه و کنار جهان یا حمایت‌های نظامی و اقتصادی هنگفت از دیکتاتورهای جهان سوم، بهتر، کم‌خطرتر و البته کم‌هزینه‌تر است.

اهداف	بودجه (میلیارد دلار)
اهداف اجتماعی اساسی	
آموزش ابتدایی برای عموم	۱۲
سواد آموزی بزرگسالان	۴
برنامه ناهار مدارس در ۴۴ کشور فقیر جهان	۶
کمک به کودکان پیش دبستانی و زنان باردار در ۴۴ کشور بسیار فقیر جهان	۴
بهداشت باروری و تنظیم خانواده	۷
مراقبت‌های بهداشتی اساسی برای عموم	۳۳
رفع کمبود کاندوم	۲
جمع	۶۸
اهداف احیای زمین	
دوباره جنگل‌کاری کره زمین	۶
حفاظت از خاک سطحی زمین‌های کشاورزی	۲۴
احیای چراگاه‌ها	۹
تثبیت سفره‌های آب زیر زمینی	۱۰
احیای شیلات	۱۳
حفاظت از تنوع زیستی	۳۱
جمع کل	۹۳
جمع کل	۱۶۱

جدول شماره ۲: بودجه سالانه برای برآوردن اهداف اجتماعی و زیست‌محیطی کره زمین (لستر بروان، ۱۳۸۷)

کشور	بودجه (بیلیون دلار)
ایالات متحده	۴۹۲
روسیه	۶۵
چین	۵۶
انگلیس	۴۹
ژاپن	۴۵
فرانسه	۴۰
آلمان	۳۰
عربستان سعودی	۱۹
هند	۱۹
ایتالیا	۱۸
دیگر کشورها	۱۴۲
هزینه‌های نظامی جهان	۹۷۵
بودجه پلان ب	۱۶۱

جدول شماره ۳: بودجه نظامی جهان در مقایسه با بودجه اهداف اجتماعی و زیست‌محیطی کره‌ی زمین (لستر بروان، ۱۳۸۷)

اگرچه سیاست‌های جهانی توسط سیاست‌گذاران و دولت‌ها تعیین می‌شوند، اما ما مردمان جهان نقش اساسی در تعیین آنها داریم. در کشورهایی که روند مشارکت سیاسی مردم به گونه‌ای دموکراتیک وجود دارد؛ می‌توان از طریق مشارکت سیاسی و اجتماعی در روی کار آمدن احزابی که بیشتر به تحقق برابری در کشورها و تحقق صلح می‌اندیشند کمک کرد. همچنین در این کشورها و کشورهایی که به دلیل حاکمیت نظام‌های دیکتاتور امکان مشارکت عمومی سیاسی پایین است، از طریق فعالیت‌های اجتماعی و سازمان‌های مردمی می‌توان بر تصمیمات دولت‌مردان تأثیر گذاشت. از اینها گذشته، مهم‌ترین عاملی که باعث رشد و قدرت گرفتن سیاست‌مدارانی می‌شود که به تحقق برابری جهانی بی‌تفاوت هستند، سبک زندگی ما مردمان جهان است. سبک زندگی افراطی و مبتنی بر مصرف بی‌رویه ما، منجر به هدر رفتن منابع مالی و دور شدن از تحقق برابری در جهان می‌شود. به عنوان مثال در حالی که بودجه لازم برای فراهم آوردن آموزش کودکان در کشورهای فقیر تنها ۶ میلیارد دلار در سال است، هزینه سالانه عطر در اروپا و آمریکا دو برابر این میزان، یعنی ۱۲ میلیارد دلار است. با نگاهی به جدول شماره چهار و اندکی تأمل در سبک زندگی خود، اگر صادق باشیم، در خواهیم یافت که می‌توانیم تغییر را از خود شروع کنیم.

۶ میلیارد دلار	تحصیلات مینا برای همه
۸ میلیارد دلار	آرایش و زیبایی در آمریکا
۹ میلیارد دلار	آب و بهداشت برای همه
۱۱ میلیارد دلار	بستنی در اروپا
۱۲ میلیارد دلار	مراقبت بهداشتی زمان بارداری برای زنان
۱۲ میلیارد دلار	عطرها در اروپا و آمریکا
۱۳ میلیارد دلار	تغذیه و بهداشت اولیه
۱۷ میلیارد دلار	غذای پرندگان در اروپا و آمریکا
۳۵ میلیارد دلار	نمایشهای تجاری در ژاپن
۵۰ میلیارد دلار	سیگار در اروپا
۱۰۵ میلیارد دلار	مصرف مشروبات الکلی در اروپا
۷۸۹ میلیارد دلار	هزینه نظامی در جهان

جدول شماره ۴: هزینه‌های سالانه جهان و هزینه‌های مورد نیاز برای بهبود بهداشت و آموزش عمومی در جهان (آن لولین و همکاران، ۱۳۹۰)

۱. هاریسون، پال، ۱۳۸۷، اندرون جهان سوم، انتشارات اختران، چاپ اول
۲. آلد، بت و دیگران، ۱۳۹۱، روانشناسی سلامت با رویکرد پزشکی، انتشارات ارجمند، چاپ دوم
۳. بروان، لستر، ۱۳۸۷، طرح امید: آینده و محیط زیست، انتشارات جهاد دانشگاهی مشهد، چاپ اول
۴. لولین، آن و همکاران، ۱۳۹۰، جامعه‌شناسی برای مددکاران اجتماعی، انتشارات سمت، چاپ اول
۵. WHO, Social determinants approach to public health: from concept to practice, ۲۰۱۱
۶. WHO, Closing the gap in a generation, ۲۰۰۸
۷. WHO, Disease of poverty and the ۱۰/۱۰ Gap, ۲۰۰۴
۸. Wikipedia free encyclopedia, Social determinants of health in poverty