

نابرابری و شکاف بین شهر و روستا

دکتر حسین آسایش استاد دانشگاه

قسمت دوم

سرپرست روستایی را می‌توان، مستقیماً در جهت حمایت خانوارهای فقیر روستایی به حساب آورد. در زمینه اقدامات حمایتی غیر مستقیم، با توجه به گستردگی این اقدامات و نیز ارتباط آن با فعالیتهای وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، بهداشت و درمان، کشاورزی و ... به لحاظ حفظ اختصار، فقط به خلاصه اقداماتی که از سوی وزارت جهادسازندگی، در زمینه موضوع مورد بحث صورت گرفته‌است، اکتفا خواهد شد. مهمترین اقداماتی که در این زمینه، صورت گرفته، از این قرار است:

ارائه خدمات زیر بنایی، یکی از مهمترین شیوه‌های کاهش فقر و رفع محرومیتها در نقاط روستایی است. گسترش فعالیتهای زیر بنایی، در نقاط روستایی از ویژگیهای بارز برنامه‌های عمرانی دوران پس از پیروزی انقلاب اسلامی است، که توسط وزارت جهادسازندگی به مورد اجرا گذاشته می‌شود. این فعالیتها شامل: جاده‌سازی، تأمین آب آشامیدنی و برق به خانوارهای روستایی است. بر طبق اطلاعات موجود، طول جاده‌های روستایی از ۸ هزار کیلومتر قبل از انقلاب، به ۵۰ هزار کیلومتر در سال ۱۳۷۲، رسیده‌است. در مدت یک دهه (از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۷۰)، ۱۱۴۲۸ روستا با ۷۹۸ هزار خانوار (۴/۸ میلیون نفر)، به آب لوله‌کشی مجهز شده‌اند؛ به ۱۰۶۸۰ روستا با جمعیتی حدود ۶۶ درصد جمعیت روستایی کشور، برق رسانی شده‌است و بالغ بر ۴۹۰۰

۱ - کمیته امداد امام خمینی: از جمله کمک‌های ارائه شده از سوی کمیته امداد امام خمینی، که می‌توان آنرا کمک به خانوارهای فقیر روستایی تلقی کرد، یکی طرح شهید رجایی و دیگری کمک به خانوارهای آسیب دیده (عمدتاً روستایی) است. در سال ۱۳۷۱ بر طبق آمار موجود جمعاً ۵۷۰۸۲۳ نفر از مردم روستایی و عشایر از طرح شهید رجایی استفاده کرده‌اند. این تعداد در حدود ۷۶ درصد از کل جمعیت گروه ۶۵ ساله به بالا ساکن در نقاط روستایی کشور را در بر می‌گیرد.^{۱۸}

۲ - کمیته پانزده خرداد: در سنال ۱۳۷۱، بر طبق آمار اعلام شده توسط مرکز آمار ایران، این کمیته به ۶۰۰۵۲ خانوار شهید، ۲۷۹۰۶ خانوار جانیاز، ۱۰۸۵۲ خانوار مفقودالتر و ۷۵۲۹۱ خانوار مستضعف در نقاط روستایی کمک کرده‌است.

۳ - سازمان بهزیستی: سازمان بهزیستی، در نقاط روستایی کشور جمعاً ۱۲۷۸ که بالغ بر ۶۵ هزار آبادی است می‌توان گفت برای ۱۵ آبادی روستایی در کشور مجتمع حمایتی دارد، که با توجه به تعداد نقاط روستایی دارای سکنه در کشور، یک مجتمع حمایتی بهزیستی وجود دارد که به نوبه خود قابل توجه است. این سازمان خدمات مختلفی از قبیل مَهْد کودکی، آموزش فنی و حرفه‌ای، خدمات توانبخشی و نیز حمایت از خانوارهای بی سرپرست (مستمری بگیر) ارائه می‌کند، بخصوص ارائه کمک به خانوارهای بی

● مقابله با فقر در ایران

در کشور ما نیز، اقدامات جدی برای رفع فقر و محرومیت صورت می‌گیرد. به طور کلی، این برنامه‌ها را در وهله اول، می‌توان به دو دسته کلی و اصلی تقسیم کرد:

یک دسته، اقدامات مربوط به کمکهای مستقیم به خانواده‌های بی بضاعت و فقیر است که بویژه، از بعد از پیروزی انقلاب اسلامی آغاز شده است و از طریق سه نهاد ویژه مشتمل بر کمیته امداد امام خمینی، کمیته پانزده خرداد و سازمان بهزیستی صورت می‌گیرد. دسته دوم اقداماتی است که به طور غیر مستقیم و از طریق کوشش برای ارتقای شرایط زندگی در نقاط روستایی و افزایش درآمد روستاییان و نهایتاً برای کاهش فقر و محرومیت در نقاط روستایی به مورد اجرا گذاشته می‌شود. این قبیل اقدامات از سوی دستگاههای اجرایی متعدد از قبیل: آموزش و پرورش، بهداشت و درمان، پست و تلگراف و تلفن، راه و ترابری، کشاورزی و در رأس آنها وزارت جهادسازندگی یا به نظر نگارنده، وزارت عمران روستاها، صورت می‌گیرد. زیرا این وزارتخانه، به لحاظ سرو کار داشتن کارکردی (functional) با مسائل توسعه روستایی، بیش از دیگر نهادها در این زمینه فعالیت دارد.

در این جا به اختصار به اقدامات انجام یافته در زمینه فقر زدایی و مقابله با فقر در ایران اشاره می‌شود:

مدرسه و ۳۲۰ درمانگاه جدید، در نقاط روستایی کشور احداث شده است.^{۱۹}

اگر چه اقدامات چشمگیر، از طریق حمایت‌های مستقیم و غیر مستقیم در زمینه مقابله با فقر و رفع محرومیت از نقاط روستایی در کشور خودمان صورت می‌گیرد، ولی با توجه به شکاف عظیم موجود میان شهرها و روستاها، از حیث امکانات و تسهیلات اجتماعی و رفاهی و نیز محدودیت فرصت‌های اشتغال در روستا می‌توان با جرات گفت، هنوز فاصله زیادی، تا رفع محرومیت از نقاط روستایی، در کشور وجود دارد، که باید به کمک دست‌اندرکاران متعهد و متخصص، ریشه کن شود.

در پایان این بحث، نیاز به تأکید است که اگر چنانچه با قاطعیت هر چه تمام‌تر، از عهده این چالش بر نیایم، امنیت انسانی و اقتصادی در سراسر جهان، در معرض خطر قرار خواهد گرفت که حتی کشتی نشینان رفاه کشورهای توسعه یافته نیز، از خطر آن در امان نخواهند ماند.

■ فقیران روستایی چه کسانی هستند و در کجا زندگی می‌کنند؟

در حقیقت، مردم واقعی روستاها هستند که از فقر و نابرابری رنج می‌برند و اصولاً بهبود زندگی آنان، باید هدف اصلی برنامه‌های توسعه باشد. بنابر موازین سنجش فقر، گروه‌های فقیر روستایی را، می‌توان به طور اساسی به صورت زیر، گروه بندی کرد:

- ۱- کشاورزان خرده یا (خانوارهایی که دارای سه هکتار زمین زیر کشت هستند).
- ۲- بی زمینان (خانوارهای فاقد زمین کشت).
- ۳- عشایر کوچ کننده (خانوارهایی که ساکن نقطه خاصی نیستند و همراه دامهای خود به سرزمین‌هایی که در آمد آنها را تأمین نماید، کوچ می‌کنند، در ضمن درآمد و هزینه زندگی آنها، تنها از این راه تأمین می‌شود).
- ۴- قبایل (خانوارهایی که بر طبق قوانین و سنت‌های کشوری، هویت یافته باشند).
- ۵- ماهیگیران کوچک (خانوارهایی که بدون تجهیزات موتوری و در ابعاد کوچک به صید ماهی می‌پردازند).

۶- خانوارهایی که تحت سرپرستی زنان قرار دارند.^{۲۰}

از کل جمعیت ۱۱۴ کشور (۳/۸۰۹ میلیون نفر) مورد مطالعه، به وسیله کارشناسان (ایفاد) در سال ۱۹۸۸ در حدود ۲/۵۸۴ میلیون نفر آن (۶۸ درصد)، در مناطق روستایی زندگی می‌کرده‌اند. بنابر اندازه‌گیری کارشناسان (ایفاد)، ۹۳۹ میلیون نفر، یعنی ۳۶ درصد جمعیت روستایی در فقر بسر می‌بردند. (جدول ۸)

توزیع جغرافیایی جمعیت فقیر به ترتیب زیر بوده است:

- ۶۳۳ میلیون نفر یا ۶۷/۵ درصد در آسیا
- ۲۰۴ میلیون نفر یا ۲۱/۷ درصد در آفریقا
- ۷۶ میلیون نفر یا ۸ درصد در کشورهای آمریکای لاتین و حوزه کارائیب
- ۲۶ میلیون نفر یا ۲/۸ درصد در سایر نقاط روستایی دنیا

بطور کلی، ۲۷ درصد جمعیت فقیران روستایی، یعنی ۲۵۳ میلیون نفر، در کشورهای کمتر توسعه یافته زندگی می‌کنند.

بنا بر داده‌های همین گزارش، میانگین تعداد افراد خانوار، بین ۴/۶ نفر در آسیا ۵/۹ نفر در جنوب صحرائی آفریقا در نوسان است.

همچنین در این منطقه میزان وابستگی^{۲۱} بین

جدول ۸: فقیران روستایی در کشورهای در حال توسعه (درصد از کل جمعیت روستایی)

منطقه	جمعیت کل خانوارهای روستایی	نسبت به جمعیت روستایی (درصد)				جمعیت عشایر	جمعیت بی زمینان	جمعیت ماهیگیران کوچک	جمعیت بی‌خانمان	جمعیت سرپرستی زنان (درصد)
		جمعیت کل خانوارهای روستایی	جمعیت بی‌خانمان	جمعیت ماهیگیران کوچک	جمعیت بی زمینان					
آسیا	۳۹	۲۶	۲	۴/۵	۴	۵	۹			
آسیادون چین و هند	۵۱	۲۰	۲	۲/۳	۷	۵	۱۳			
جنوب صحرائی آفریقا	۷۳	۱۱	۱۳	۰/۹	۲	۶	۲۱			
خاور نزدیک و شمال آفریقا	۲۲	۳۳	۵	-	۲	۱۸	۱۷			
آمریکای لاتین و حوزه دریای کارائیب	۲۸	۳۱	-	۳۷/۱	۵	۱	۱۷			
جمع ۱۱۴ کشور	۵۲	۲۴	۶	۷/۲	۳	۶	۱۲			
کشورهای کمتر توسعه یافته	۶۷	۱۸	۱۶	۱/۱	۵	۷	۲۳			

۶۶ تا ۹۸ بوده، که دامنه آن در بعضی کشورها خیلی وسیعتر است؛ به طور مثال از ۱۱۴ کشور مورد مطالعه تعداد متوسط افراد خانوار، در کشورهای مالایوی ۳ نفر و در کشور گامبیا ۸/۳ نفر و نسبت وابستگی از ۵۱ در کوبا تا ۱۱۹ در کنیا متفاوت است. میانگین بعد خانوار و نسبت وابستگی با هم، بیانگر ابعاد فقر روستایی در کشورهای در حال توسعه است. به طور مثال، بر اساس مطالعات انجام یافته در کشورهای کوموروس، ساحل عاج و اتیوپی، این عامل در ایجاد و گسترش فقر روستایی بسیار مؤثر بوده و تأثیر جدی داشته است. می‌توان گفت: ارقام و نسبت‌های بالا، چندان کامل و گویا نیست، ولی جمعاً یک میلیارد نفر، از جمعیت مناطق روستایی (۷۸ درصد)، به صورت بنیادی فقیر هستند. تعداد و نسبت گروه‌هایی که باید هدف اصلی برنامه‌های فقرزدایی باشند، در جدول شماره ۹ نشان داده شده است. برنامه‌های فقر زدایی مناطق روستایی باید بر اساس بهبود زندگی این گروه‌ها طراحی شود.

■ خرده مالکان

از نظر توزیع انواع قشرهای فقیر در روستاها، به طوری که جدول ۱۷ نشان می‌دهد، ۵۲ درصد جمعیت روستایی ۹۶ کشور را خرده مالکان (بهره‌برداران با

زمین، ۲۴ درصد از جمعیت روستایی ۴۴ کشور را افراد بی زمین، ۶ درصد جمعیت روستایی ۱۸ کشور را عشایر، ۷ درصد جمعیت روستایی ۲۵ کشور را قبایل، ۴ درصد ۸۱ کشور را ماهیگیران کوچک، ۶ درصد جمعیت روستایی ۷۲ کشور را آوارگان داخل کشور تشکیل می‌دادند. و بالاخره، سهم خانوارهای تحت سرپرستی زنان، ۱۲ درصد خانوارهای روستایی ۱۱۴ کشور بوده‌است.

نسبت کشاورزان خرده‌پا، در منطقه جنوب صحرائی آفریقا ۷۳ درصد، در آسیا ۴۹ درصد، در خاور نزدیک و شمال آفریقا ۴۲ درصد و در کشورهای آمریکای لاتین و حوزه کارائیب ۳۸ درصد است.

بی زمینها

بر اساس بررسیهای انجام یافته، بالغ بر ۲۴ درصد جمعیت روستایی ۴۶ کشور مورد مطالعه، فاقد زمین زراعی بودند، که نسبت آن بین ۱۱ درصد در منطقه جنوب صحرائی آفریقا، تا ۳۱ درصد در کشورهای آمریکای لاتین و حوزه کارائیب، در نوسان بود. ولی در بعضی از کشورهای کمتر توسعه یافته، درصد بالاتری از جمعیت روستایی، فاقد زمین قابل بهره‌برداری هستند.

نسبت جمعیت روستایی بدون زمین در منطقه آمریکای لاتین و حوزه دریای کارائیب ۳۱ درصد، در آسیا ۲۶ درصد، در خاور نزدیک و شمال آفریقا ۲۳ درصد و در کل کشورهای در حال توسعه ۲۴ درصد بوده‌است.

ایران نیز، نظیر همه کشورهای جهان سوم، با مسأله فقر و از حمله گستردگی فقر در جامعه روستایی روبروست، بر طبق سرشماری عمومی کشاورزی سال ۱۳۶۷ کشور، تعداد بهره‌برداران روستایی ۳۳۲۶۴۳۰ مورد بوده است در مجموع واحدهای بهره‌برداری، ۵۰۶۸۲۰ واحد (۱۵/۲ درصد) فاقد زمین و بقیه ۲۸۱۹۶۱ واحد دارای زمین بوده‌است. (هر چند که در ایران بی زمین بودن خانوارها در نقاط روستایی لزوماً به معنای فقیر بودن نیست، همچنان که زمین دار بودن را الزاماً نمی‌توان به معنای فقیر نبودن تلقی کرد)، ولی طبق روال معمول در بررسیهای جهانی، می‌توان اکثریت اعضای این گروه را، مسامحتاً جزو فقرای روستایی به شمار آورد. به این ترتیب، با توجه به تعداد ۴/۲ میلیون خانوار ساکن در نقاط روستایی می‌توان گفت: در حدود ۱۲ درصد از کل خانوارهای روستایی به دلیل بی‌زمین بودن جزو فقرا به حساب می‌آیند. ۲۲

هر چند که آمار و ارقام دقیق، در این زمینه در دسترس نیست، ولی نتایج مطالعات موردی، حاکی از افزایش تعداد و درصد این طبقه بین روستائیان است. از جمله در بنگلادش، برزیل، مصر و السالوادور این وضع رو به وخامت است و حتی در کشورهای نظیر بولیوی، کلمبیا، اکوادور، گواتمالا و پرو، در آمریکای لاتین بی‌زمینی به صورت مسأله‌ای سیاسی جدی درآمده است. بی‌زمینی، دارای علل زیادی است که از آن جمله، می‌توان از فشار جمعیت، توزیع نابرابر

زمین، محرومیت و تنزل ساختار محیط زیست نام برد. به طور کلی و بدون استثنا، فشار جمعیتی و توزیع نابرابر زمین‌ها با هم یا جداگانه موجب گسترش فقر می‌شود.

از طرف دیگر، ساختار کشاورزی کشورهای در حال توسعه، دارای عواملی بر علیه کشاورزی کوچک و حاشیه نشین است که در دراز مدت، احتمالاً بهره‌برداران کوچک کشاورزی را، مجبور به پیوستن به خیل بی‌زمینها می‌کند. تعدادی از عوامل و مسائلی که موجب بی‌زمینی می‌گردد؛ به اختصار به شرح زیر است:

- پس گرفتن اراضی استیجاری یا سهم بری، به دنبال عدم موفقیت در اجرای برنامه‌های اصلاحات ارضی.

- عرضه و ترویج تکنولوژی جدید و مکانیزه کردن کشاورزی.

- خلع مالکیت از کشاورزان خرده‌پا و حاشیه‌ای در نواحی صادر کننده محصولات کشاورزی، توسط بهره‌برداران بزرگ و مزرعه‌داران سرمایه‌دار.

- بدهکاری و تهیدست شدن کشاورزان خرده‌پا، بر اثر عوامل طبیعی و امثال آن.

راه چاره‌ای که بر این پدیده قرن اخیر، اندیشیده شده، این است که در کشورهای بی‌زمینی که درصد قابل ملاحظه‌ای از جمعیت روستایی آن بی‌زمین هستند، باید با گسترش فعالیتهای غیر کشاورزی و افزایش مهارت، میزان سرمایه‌گذاری مؤسسات کوچکتر را ارتقاء داد، تا در نتیجه افزایش بهره‌وری، موجبات کاهش فقر فراهم آید و ضمناً مهاجرت نیز کاهش یابد. اما در کشورهایی که دارای الگوی توسعه مبتنی بر گسترش صنایع بزرگ کارخانه‌ای و شهری هستند، بی‌زمینها به مهاجرت به مناطق شهری تشویق می‌شوند.

عشایر کوچنده

عشایر کوچ کننده نیز، از آفت آسیب‌پذیری و فقر در امان نیستند. در سال ۱۹۸۰، در حدود ۶ درصد از گروه فقیران روستایی را عشایر کوچنده تشکیل می‌دادند. قسمت اعظم عشایر کوچ کننده در کشورهای جنوب صحرائی آفریقا و خاور نزدیک و شمال آفریقا متمرکزند و به ترتیب ۱۳ و ۵ درصد جمعیت مناطق روستایی آنها را تشکیل می‌دهند. کل

جدول ۹: جمعیت با آسیب‌پذیری بنیادی در ۶۴

کشور در حال توسعه، ۱۹۸۸ به تفکیک گروهها

گروههای آسیب پذیر بنیادی	جمعیت (هزار نفر)	درصد جمعیت آسیب پذیر
کشاورزان خرده پا	۷۱۳۱۳۱	۶۲/۳
بی زمینها	۳۳۴۱۷۷	۳۷/۲
بومیان	۹۸۷۵	۰/۹
جمعیت محلی	۵۸۹۳۹	۵/۳
صیادان کوچک	۵۱۵۹۶	۳/۷
بی خانمانها	۸۳۳۹	۰/۸
جمع	۱۱۰۹۳۶	۱۰۰
خانوارهای تحت سرپرستی زنان	۲۲۱۶۵۲	۲۰

جمعیت این گروه، در حدود ۱۵ میلیون برآورد شده است. در گذشته، اطلاعات دقیقی درباره شرایط اجتماعی آنها به دلیل جابجایی مستمر و پراکندگی اتراقهای ایشان، در دسترس نبود. به همین دلیل، می‌توان گفت: این گروه از خدمات مختلف بنیادی، از جمله اعطای اعتبارات استفاده نمی‌کردند. در نتیجه، افراد این گروه در فقر مطلق بسر می‌بردند. نسبت جمعیت عشایر فقیر، بر اساس جدول شماره ۸، در آسیا ۲ درصد، در جنوب صحرای آفریقا ۱۲ درصد، در خاور نزدیک در شمال آفریقا ۵ درصد، و در کل کشورهای در حال توسعه (۱۱۴ کشور) ۲۴ درصد و کشورهای کمتر توسعه یافته، ۱۸ درصد است.

در این بحث، نباید از شرایط زندگی و اهمیت نسبی ماهیگیران در جمعیت روستایی و ماهیگیران فقیر در گروه جامعه فقیر روستایی غافل شد، زیرا هر واحدی از آباد روستایی به طور اعم و بخش کشاورزی به طور اخص، در چگونگی توسعه اقتصادی - اجتماعی کشورهای جهان سوم مؤثر است.

نسبت جمعیت ماهیگیر، به کل جمعیت روستایی، به نوبه خود، در کشورهای جهان سوم قابل ملاحظه است. این نسبت، به طور طبیعی در کشورهای جزیره‌ای بیش از دیگر کشورها است. به طور مثال در آنتی گوا و بوروبادا (۲۱ درصد)، کیپ ورد (۱۱ درصد)، کوموروس (۱۱ درصد)، گراناادا (۱۵ درصد)، سالداوی (۲۲ درصد)، ساتوپرنسب (۲۴ درصد)، شرولس (۱۴ درصد) و در تونگا (۱۲ درصد) جمعیت روستایی، ماهیگیرند. در کشورهای قاره‌ای نیز بیش از ۱۰ درصد جمعیت روستایی به ماهیگیری اشتغال دارند. مانند: غنا (۱۲ درصد)، اندونزی (۱۳ درصد)، میانمار (۱۴ درصد) و در مجمع‌الجزایر فیلیپین (۱۷ درصد)، که این نسبت‌های قابل توجه، بازگو کننده اهمیت صیادان ماهیگیر در استراتژی فقرزدایی می‌باشد. لازم است به افزایش ظرفیت و توانایی ماهیگیران توجه خاص مبذول شود.

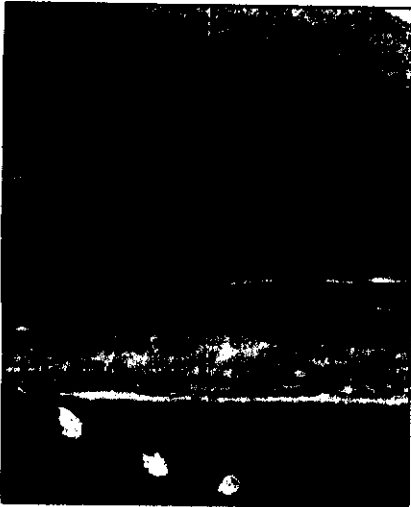
۷ درصد از جمعیت فقیر روستایی کشورهای آسیایی، ۳ درصد کشورهای جنوب صحرای آفریقا، ۲ درصد خاور نزدیک و شمال آفریقا، ۵ درصد آمریکای لاتین و کارائیب و به طور کلی، ۴ درصد جمعیت روستایی کشورهای در حال توسعه را، ماهیگیران فقیر

تشکیل می‌دهند.

■ نابرابری آموزش

از دیگر مسایل روستایی، چه در کشور اسلامی ما و چه در سایر کشورهای جهان سوم، به غیر از شماری اندک از کشورها که در آستانه توسعه یافتگی هستند (کره، ژاپن و...)، مسأله کمبود آموزش و امکانات آموزشی است، که عامل عمده عقب ماندگی و ریشه اصلی همه نابسامانیهای اقتصادی و اجتماعی روستاست. گرچه، حیات کشاورز روستایی وابسته به عوامل طبیعی است، ولی در اصل، عوامل جغرافیایی و جوی، فضا و انرژی، نه عامل عمده فقر هستند و نه، نقش اساسی و تعیین کننده‌ای در مورد سرنوشت میلیونها مردم فقیر روستایی در جهان را دارند.

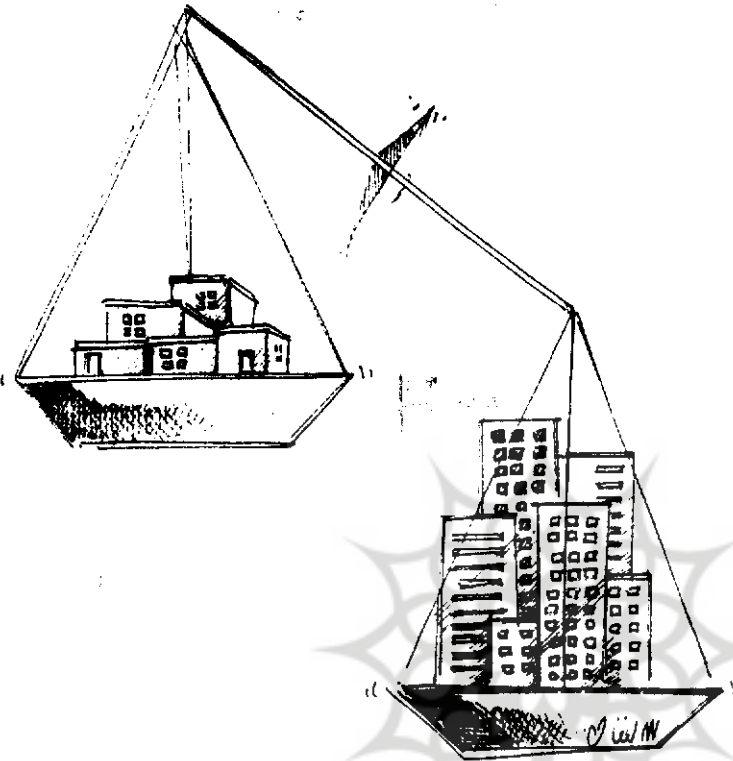
برو فیسور شولتز، با تحقیقات مفصل و عمیق خود، نشان می‌دهد که یک عامل تعیین کننده در تضمین رفاه انسان، سرمایه‌گذاری در مردم و دانش است. او این دیدگاه رایج و گسترده، اما نادرست را که محدودیت فضا، انرژی، زمینهای کشاورزی و دیگر منابع مادی زمین، محدودیتهای تعیین کننده رفاه انسان می‌باشد، شدیداً با دلایل علمی و متقن رد می‌کند. در مقابل، با اشاره به نتایج تحقیقات خود و دیگر اقتصاد دانان، نشان می‌دهد که تواناییهای اکتسابی افراد، چون آموزش، تجربه و مهارت‌ها، در از میان بردن فقر و نیل به پیشرفت اقتصادی نقش اساسی دارند. وی با بیان جزئیاتی که از حوصله بحث ما خارج است، توضیح می‌دهد که: اختلاف در بازدهی زمین، نمی‌تواند توجیه مناسبی برای علت فقر در روستاهای کشورهای پر جمعیت باشد. مردم هندوستان در طی اعصار مختلف در فقر زندگی می‌کرده‌اند، چه آنهایی که از زمینهای نامرغوب کشاورزی استفاده می‌کنند و چه آنهایی که در جنوب هندوستان از زمینهای حاصلخیز بهره برداری می‌کنند یا مردمی که در دهانه رود نیل از زمینهای نسبتاً حاصلخیز برخوردارند، همه در یک چیز مشترک هستند و آن هم فقر است. بنابراین، آنچه در مورد نسبت زمین به جمعیت به عنوان شاخص فقر در کشورهای کم درآمد، شایع شده است، اغراق آمیز است و نمی‌تواند، مبنای صحیحی برای اختلاف بین فقر



کشورها ارائه دهد. با توجه به این فرض، انسان، محور و کلید اصلی توسعه به شمار می‌آید و عامل انسانی در وجود فقر سهم اساسی دارد. در نتیجه، استراتژیهای کلی توسعه، باید در جهت رفع موانع و آماده‌سازی محیط مناسب جهت رشد و تکامل افکار روستاییان طراحی گردد. این شرط لازم و کافی، برای از بین بردن فقر در روستاهاست. ^{۳۳} و این تأکیدی است بر گفته "مارشال" (Marshall) که می‌گوید: "دانش، از جمله دانش روستایی، قویترین موتور تولیدات است" که انسان را بر طبیعت تسلط داده است و خواسته‌هایش را برآورده می‌سازد.

با این حال، بسیاری از کشاورزان روستایی در کشورهای در حال توسعه، هنوز بهره بسیار اندکی از نیروی کار خویش می‌برند، زندگی آنها سخت و طاقت‌فرسا است، آنچه که عدم موفقیت آنها را سبب می‌شود و فقر را بر آنها تحمیل می‌کند، ابر و باد و مه و خورشید و فلک نیست. محصول کشاورزی این کشاورزان، در معرض یک خطر دائمی بیماریها و آفات است. طبیعت میزبان هزاران نوع جاندار است که دشمن محصولات کشاورزان هستند. اما در هر حال، طبیعت را می‌توان با دانش و توان بشری مهار کرد.

مسأله، فقط این نیست که چند نفر نمی‌توانند بخوانند یا بنویسند بلکه مسأله اصلی این است که چند نفر بخاطر کمبود مدرسه، معلم و امکانات و شرایط اولیه نمی‌توانند بخوانند و بنویسند یا به سطوح



سومالی و نیبال ۲۷ درصد و بالاخره، برای کشور سودان ۲۸ درصد می‌باشد. همچنین، نسبت ثبت نام برای همه سطوح تحصیلی (درصد گروه سنی ۶ تا ۲۳ سال)، در این کشورها فقط ۴۶ درصد گزارش شده است که این نسبت برای کم توسعه ترین کشورها ۳۲ و کشورهای جنوب منطقه صحرایی آفریقا ۳۵ درصد است. به عبارت روشن تر و دقیق تر، هنوز ۸۰ میلیون نفر از کودکان در این کشورها به مدارس ابتدایی راه نیافته‌اند و بیرون از مدرسه بسر می‌برند.^{۲۵}

■ نابرابری آب و بهداشت محیط

بهداشت به همراه آب سالم، یکی از عوامل اساسی زندگی هر فرد است. متخصصان، بهداشت را چنین تعریف می‌کنند: "حالت بهبود کامل جسمانی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً نبود (مرض و معلولیت)" این تعریف، گرچه وسیع و گسترده است، ولی این مسزیت را دارد که بهداشت را اساساً یک مفهوم اجتماعی می‌شناسند. یعنی برای پیدا کردن روابط میان افراد و محیط طبیعی اقتصادی و اجتماعی آنان، یعنی (رشد، نیرومندی و باروری).^{۲۶}

در حال حاضر، اغلب کشورهای جهان بنا به توصیه سازمان بهداشت جهانی (WHO) اطلاعات

دارند و می‌خواهند با استفاده از عدم آموزش کافی مردمان این کشورها با روشهای موزیانه و عوام بسند، فرهنگ و باورهای پسندیده کشورهای توسعه نیافته را در نظر مردم این کشورها کم رنگ جلوه دهند. بهترین دلیل بر این امر، برنامه‌های تلویزیونی جهان سوم است که ۹۰ درصد آنها، از کشورهای غرب تأمین می‌شود. این برنامه‌ها شهرها و روستاها تغذیه می‌کنند.

در حال حاضر، بعد از تلاشهایی که به وسیله دولتها در زمینه ریشه کن کردن فقر انسانی صورت می‌گیرد، در فاصله ۲۰ سال (۱۹۷۰ تا ۱۹۹۰)، میزان باسوادی در کشورهای در حال توسعه، از ۴۶ درصد به ۶۹ درصد افزایش یافته است.

برابر گزارش توسعه انسانی سازمان ملل، تعداد ۹۰۰ میلیون نفر از بزرگسالان در کشورهای در حال توسعه، از نعمت خواندن و نوشتن محروم هستند. برابر همین گزارش، میزان باسوادی در همه کشورهای در حال رشد، در سال ۱۹۹۲، بالغ بر ۶۹ درصد و برای کشورهای کم توسعه ۴۶ درصد می‌باشد. البته نابرابریهای زیادی در این زمینه بین کشورها وجود دارد. این نسبت برای کشور بوركینافاسو فقط ۲۰ درصد، کشور سرائون ۲۴ و بنین ۲۵ و کشورهای

بالا تر تحصیلی بروند. این است که شرایط نامناسب و محدود آموزشی و فرهنگی روستاهای کشورهای در حال توسعه جهان نمی‌تواند، از مشکلات اقتصادی و اجتماعی آنها مجزا باشند، بر اساس برآوردهای گزارش توسعه انسانی در سال ۱۹۹۴، نزدیک به یک میلیارد افراد بالغ بسواد وجود داشتند، که بیشتر آنها، در روستاهای کشورهای جهان سوم زندگی می‌کردند. بر اساس آمارهای یونسکو، ۴۸ درصد جمعیت بالغ در کشورهای توسعه نیافته بی‌سواد می‌باشند، که اکثراً در روستاها زندگی می‌کنند. ۱۰ کشور توسعه نیافته به تنهایی ۴۲۵ میلیون بی‌سواد دارند، در ۲۳ کشور فقیرتر جهان، بیش از ۷۰ درصد افراد بالغ نمی‌توانند، بخوانند و بنویسند، به تأیید کلیه دست اندکاران آموزشی، بیسوادی، به طور طبیعی در مناطق روستایی بیشتر از مناطق مناطق شهری و در مورد زنان بیشتر از مردان است. بر اساس یک سنت شناخته شده و یک امر طبیعی، بی‌سوادان معمولاً از گروهها و طبقاتی می‌باشند که فقیرترین و دارای کمترین غذای قابل دسترسی، کمترین مراقبتهای بهداشتی که همگی از مشخصه‌های روستاهاست کشورهای فقیر جهان است، می‌باشند.^{۲۷}

بر اساس آمار یونسکو، حدود ۲۰۰ میلیون کودک در روستاهای کشورهای توسعه نیافته، مدرسه و امکانات حضور در فضای آموزشی را ندارند. کمتر از ۵۰ درصد، از کودکانی که هر ساله به دنیایم آیند، امکان آموزش به دست می‌آورند و ۴ نفر از هر کودکی که در این روستاها وارد مدرسه می‌شوند، موفق به اتمام دوره ابتدایی می‌شوند. منطقی که پشت این اعداد نهفته است، فقر روستایی است که آنها را مجبور به ترک مدرسه می‌کند. یک نفر از هر ۵ کودک در روستاهای ممالک توسعه نیافته، مستقیماً در کودکی از دامن مادر وارد زندگی اقتصادی می‌گردند، بدون این که درس و مدرسه ای ببینند.

یکی از عواملی که در زمینه توسعه اقتصادی و اجتماعی روستاهای کشور در حال توسعه اهمیت خاص و جایگاه والایی دارد، وسایل ارتباط جمعی است؛ که متأسفانه کشورهای غربی و توسعه یافته با استفاده از این ابزار، سعی در نفوذ فرهنگی در جهت از بین بردن هویت ملی و دینی کشورهای جهان سوم

مربوط به خدمات درمانی و بهداشتی و دسترسی مردم به این خدمات و تعداد پزشکان و پرستاران را جمع‌آوری می‌کنند. اما، چه کسی از این خدمات بهره‌مند می‌شود و از چه نوع خدماتی؟ این سؤالی است خیلی جدی. هنوز، دقیقاً مشخص نیست، آیا منابع عمده، صرف بهبود آب آشامیدنی سالم و حفظ بهداشت و محیط کار و تندرستی^{۳۷} پایه جمعیت در شهر و روستا می‌شود، یا در راه تهیه تکنولوژیهای پیچیده و گرانبه‌تر پزشکی وارداتی از کشورهای توسعه یافته، در شهرها هزینه می‌شود که استفاده کنندگان آن عمدتاً حتی در شهرها کسانی هستند که قدرت اقتصادی را در دست دارند. پزشکان و عوامل پزشکی، بیشتر در شهرها متمرکزند و معمولاً در زمینه‌های درمانی پیشرفته و گرانبه‌تر تخصص دارند (جراحی پلاستیک). از سوی دیگر، ممکن است مردم در عین نزدیک بودن به خدمات بهداشتی و درمانی، از عهده هزینه‌های مربوطه بر نیایند.

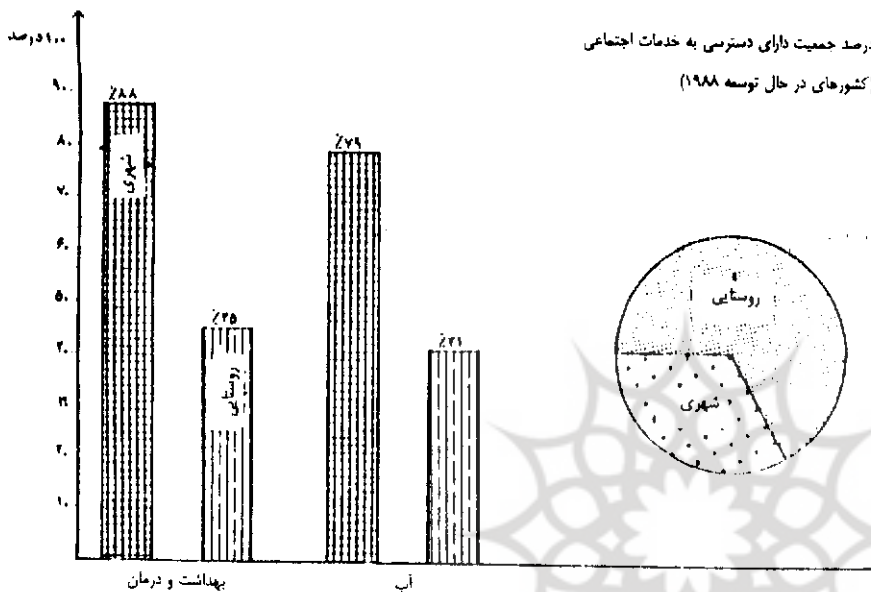
باید گفت: عوامل اساس مؤثر در بهداشت، آن شرایط مادی است که مردم در آن زندگی می‌کنند. به عنوان نمونه، در کشور نیجریه در سال ۱۹۸۳، بیش از ۹۰ درصد همه دست‌اندرکاران امور پزشکی، ۶۷ درصد بیمارستانهای دولتی و ۷۲ درصد کلینیکهای خصوصی، در "لاگوس" پایتخت این کشور که فقط حدود ۴ درصد جمعیت کشور، در آن زندگی می‌کردند؛ استقرار یافته بودند. (وضع در اکثر کشورهای جهان سوم، به همین منوال است). وضعیت کشورهای جنوب صحرای آفریقا، از لحاظ کمبود پزشک قابل توجه است. در سال ۱۹۸۴، برای هر ۲۲،۴۰۰ نفر فقط یک پزشک وجود داشت که این میزان ۱۹ بار کمتر از کشورهای آمریکای لاتین و حوزه دریای کارائیب بود. از ۳۵ کشوری که برای هر ۱۰ هزار نفر یا بیشتر فقط یک پزشک دارند، ۳۰ کشور در جنوب صحرای آفریقا واقع شده‌اند.

با آن که فقدان اطلاعات، مقایسه کشورها را در زمانهای مختلف، تا ممکن می‌سازد، شواهد موجود، دال بر وخیم تر شدن شرایط روستایی است. این گرایش شدید به سوی مراقبتهای صرفاً درمانی در مناطق شهری، به معنای آن است که تنها نسبت کوچکی از جمعیت روستایی، به خدمات پزشکی

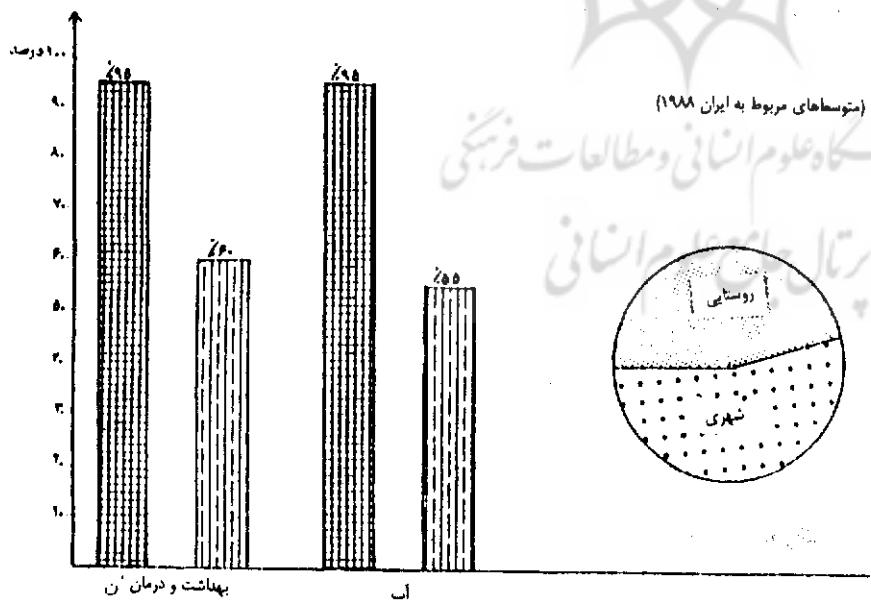
دسترس داشتند. یکی از برآوردها حاکی از آن است که، در سال ۱۹۹۰، تنها ۲۵ درصد مردم نیجریه، که غالباً در شهرها زندگی می‌کنند؛ زیر پوشش بهداشتی - درمانی قرار داشتند. معمولاً خدمات بهداشتی را ملازم و همراه خدمات

نابرابریهای شهری - روستایی

درصد جمعیت دارای دسترسی به خدمات اجتماعی (کشورهای در حال توسعه ۱۹۸۸)



(متوسطهای مربوط به ایران ۱۹۸۸)



تجهیزات پزشکی پیچیده و نوین غربی دارد. به عنوان نمونه، تعداد پزشک به نسبت افراد در کویت، بیشتر از نسبت مربوط به سوئیس است. (۶۹۰ نفر در مقابل ۷۱۰ نفر برای هر پزشک). لکن میزان مرگ و میر اطفال در کویت هنوز ۴ برابر مقدار مربوط به سوئیس است. این تأکیدی است بر این مدعا، که صرف وجود پزشک، سلامت جامعه را تضمین نمی‌کند. سینتامینیتی (Cynthwa mynti) در گزارشی پیرامون بهداشت در مناطق روستایی یمن، می‌گوید: تأمین خدمات بهداشتی نوین به وسیله بیوروکراسی دولتی^{۲۸} در حقیقت، موجب کاهش مسئولیت شخصی در قبال بهداشت و تندرستی شده است.^{۲۸}

خلاصه آن که بهداشت به جای این که عامل انسجام، تغذیه و رعایت نکات بهداشتی در جوامع روستایی محروم و همچنین همه کشورهای فقیر جهان سوم باشد، به صورت چیزی درآمده است که جوامع شهر نشین، آن را در قالب قرص و آمپول و انواع ویتامینها، در این کشورها، خریداری می‌کنند. این نظر اغلب محققانی است، که در این زمینه، مطالعاتی انجام داده‌اند. با این احوال، می‌توان گفت: عوامل اساسی و

مؤثر در بهداشت، آن شرایط مادی است، که مردم در آن زندگی می‌کنند، یعنی اولین و مهمتر از هر چیز، دسترسی به غذا و آب سالم و پاکیزه است. بدین ترتیب، بهداشت به عنوان مقیاسی برای سنجش این که، یک اقتصاد و یک نظام اجتماعی - سیاسی، تا چه حد نیازهای اساسی مردم را برآورده می‌سازد، برای مردم تمام جوامع، دارای اهمیت است. تفاوت‌های مناطق روستایی و شهری، در دسترسی به خدمات برای پایینترین و بالاترین جمعیت چند کشور منتخب در حال توسعه، مرتبه‌بندی شده بر طبق GNP سرانه سال ۱۹۸۸، در جدول شماره ۱۰ نشان داده شده است.

بر اساس گزارش توسعه انسانی ۱۹۹۴ سازمان ملل متحد، پیشرفت در تهیه آب سالم و توسعه بهداشت محیط در روستاها، عموماً بسیار کندتر از پیشرفت در زمینه درمان بوده است، همچنین بهداشت محیط، پیشرفتی کندتر از آب داشته است. در سال ۹۱ - ۱۹۸۵، فقط ۳۷ درصد از جمعیت روستا نشین در کشورهای جهان سوم به خدمات درمانی، ۶۲ درصد به آب سالم و ۴۵ درصد به بهداشت محیط و فقط ۶ درصد به خدمات بهداشتی دسترسی داشتند. در این سال، نابرابری بین مناطق شهری و روستایی برای

خدمات درمانی (۴۶)، آب (۷۲) و بهداشت محیط (۴۵) بوده است.^{۲۹} (جدول شماره ۱۱)

بر اساس اطلاعات سازمان بهداشت جهانی (WHO)،^{۳۰} در حال حاضر حدود ۲ میلیارد انسان، در نداشتن آب سالم و دایمی رنج می‌برند که اکثریت قریب به اتفاق آنها، در روستاها ساکن هستند. بر اساس مطالعات ایفاد، در حدود ۶۰ درصد جمعیت روستایی جهان، به آب سالم دسترسی ندارند و بازتاب‌های این مسأله در وضعیت سلامت، بازدهی و کیفیت زندگی آنها، منعکس می‌شود. فقرا از این بابت، بیشترین رنج و محرومیت را متحمل می‌شوند. نیروی مولد بالقوه آنان، نه تنها بر اثر وقت و نیرویی که برای به دست آوردن آب کافی جهت رفع نیازهای اولیه، صرف می‌کنند، کاهش می‌یابد؛ بلکه، بتدریج تبدیل به بیماری می‌شود. در حالی که، دستیابی بیشتر به آب، آنان را برای انجام کارهای مولدتر آزاد می‌سازد و کاهش استفاده از منابع غیر سالم، وضعیت سلامت آنان را نیز بهبود می‌بخشد. بنابر همین گزارش‌ها، یک مادر روستایی در آفریقای شرقی، ۱۲ تا ۲۷ درصد انرژی خود را، هر روز صرف حمل آب آشامیدنی از راه‌های دور و نزدیک می‌کند.^{۳۱} در اکثر کشورها و جهان سوم، میزان سرمایه‌گذاری

جدول شماره ۱۰: تفاوت‌های مناطق روستایی / شهری در دسترسی به خدمات برای پایینترین و بالاترین جمعیت^{۳۰} کشور در حال توسعه مرتبه‌بندی شده بر طبق GNP سرانه سال ۱۹۸۸

کشورها	GNP سرانه سال ۱۹۸۸ (دلار جاری آمریکا)	بهداشت								
		روستایی			شهری					
		نسبت روستا به شهر	نسبت روستا به شهر	نسبت روستا به شهر	نسبت روستا به شهر	نسبت روستا به شهر	نسبت روستا به شهر			
مورامیک	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۰/۳	۹	۲۸	۰/۲۲	۱۲	۵۲	۰/۲۲
نیوی	۱۲۰	..	..	..	۹	۶۹	..	..	۱۶	..
افغانستان	۱۶۰	۱۷	۸۰	۰/۲۲	۱۷	۳۸	۰/۵۴	..	۵	..
چاد	۱۶۰	..	..	..	..	..	..	..	..	..
تانزانیا	۱۶۰	۷۲	۹۹	۰/۷۲	۲۲	۹۰	۰/۲۷	۵۸	۹۲	۰/۶۲
سومالی	۱۷۰	۱۵	۵۰	۰/۲	۲۲	۵۸	۰/۲۸	۵	۲۳	۰/۱۱
زئیر	۱۷۰	۱۷	۴۰	۰/۲۲	۲۱	۵۲	۰/۲	۹	..	..
مالاوی	۱۷۰	..	..	..	۳۰	۳۲	۰/۵۲	..	..	..
بنگلادش	۱۷۰	..	..	..	..	۳۳	..	..	۳۳	۰/۷۳
ویتنام	۱۷۰	۷۵	۱۰۰	۰/۷۵	۳۹	۷۱	..	..	..	..

عمومی در آب آشامیدنی روستائی، نسبت به تأثیر بالقوه این عامل، در کیفیت زندگی و بازدهی حاصل از آن، اندک است. همین طور، در مورد سایر هزینه‌های عمومی، مناطق ثروتمند و مرفه‌تر، گرایش زیادی دارند که سهم بیشتری مطالبه کنند. روستاهایی که به منابع آب نزدیک‌ترند، زودتر از سایر روستاها، از خدمات بهره‌مند می‌شوند و معمولاً از نظر کشاورزی هم وضع آنها بهتر است. در نتیجه، ثروتمندترند. بنابراین، بهره‌برداران بزرگ، غالباً می‌توانند، اطمینان داشته باشند که جاهایی که با هزینه‌های عمومی احداث می‌شود، در ملک آنها قرار خواهد داشت!^{۳۲}

در مجموع باید گفت: با توجه به توسعه علمی و تکنولوژی، در جهانی که شکوفایی و بالندگی هر جامعه، در گرو بهره‌وری بهینه از سرمایه‌های انسانی آن است، جای تأسف است که شرایطی حاکم باشد، که میلیونها زن و بچه در روستاهای کشورهای جهان سوم، به جای شرکت در تولید محصول و رهایی از فقر و گرسنگی، هر روز، انرژی خود را صرف حمل و پیدا کردن منابع اولیه حیات، مثل آب نمایند. به هر حال بر اساس دلایل جدی، اولیت دادن به بهبود وضع نامناسب تأمین آب در روستاها، مزایای بهداشتی و اقتصادی بیشتری را در بر دارد، تا بهبود آبرسانی در مناطق شهری. البته در مناطق شهری نیز، صرف هزینه‌های بیشتری برای رسیدن به استانداردهای آبرسانی سازمان بهداشت ضرورت دارد،

اما صرف چنین هزینه‌هایی، شرایط بهداشتی و اقتصادی مناطق شهری را اندکی بهبود خواهد داد، در حالی که، اندک تغییر در وضع تأمین آب روستاها و آبادیهایی که به تأسیسات آب آشامیدنی نیز دسترسی ندارند، پیشرفت بزرگی محسوب می‌شود. به نظر برنامه‌ریزان، سرمایه‌گذاری اضافی در مناطق شهری بازده اندکی دارد، اما حتی سرمایه‌گذاری مختصری، در نواحی روستایی، بازده زیاد دارد. بدین جهت، می‌توان گفت: که بین صرفه جوییهای مقیاس Economise of scale و تراکم در شهر و کیفیت خدمات در روستا، معادله وجود دارد.

گفتنی است: طرفداران سرمایه‌گذاری برای تأمین و سالم‌سازی آب روستاها، اصرار دارند که در اکثر موارد، لازم نیست آب تأمین شده در روستاها همان کیفیت آب مناطق پرجمعیت و شهرهای بزرگ را داشته باشد. ساکنان شهرها علاقه‌مندند و می‌خواهند آب به داخل خانه‌هایشان و حتی به اطراف‌هایشان در طبقه چندم لوله‌کشی شود و در هر خانه دهها شیر باشد، یا دست کم در خانه‌شان یک شیر عمومی آب باشد. در صورتی که، برای بسیاری از روستاهای جهان سوم، بویژه کشورهای کمتر توسعه یافته، نگهداری منبع آب موجود، حفر چند چاه سرپوشیده مجهز به تلمبه دستی یا یک چاه عمیق، یک قنات یا یک سد خاکی یا شیر عمومی آب، می‌تواند تسهیلاتی بسیار مهم به شمار آید. از سویی این امر عمومیت دارد، که در این صورت،

سرمایه‌گذاری سرانه برای منبع تأمین آب نیز، در روستاها به خلاف شهرها، خیلی کمتر است. زیرا، مصرف کنندگان فقیر و کم‌درآمد روستایی، بسیاری از وسایل پرمصرف مانند: سیفون مستراح، یا ظرفشویی درخانه، آشپزخانه حتی لباسشویی را ندارند. بعلاوه روستاییانی که به جای استفاده از آب لوله‌کشی در خانه باید آب را ظرف به ظرف به خانه حمل کنند، به مراتب آب کمتری مصرف می‌کنند.^{۳۳}

واقعیهایی که در بالا ذکر شد، تمام مسائلی را که روستائیان در جهان سوم با آن روبرو هستند، بازگو نمی‌کند. ارقام و اعداد هر اندازه هم گویا باشند، نمی‌توانند، عمق و ابعاد مسائل روستایی را نشان دهند. مسائلی که توده‌های مردم در کشورهای جهان سوم و از جمله کشور ما، کم و بیش با آن درگیر هستند. این ارقام فقط می‌توانند، بگویند: مبنای همه این نابرابریها، در توزیع ناعادلانه ثروت و امکانات در بین شهر و روستا استوار یافته است و راه حل این مسائل، قبل از این که فیزیکی باشد، اجتماعی است. باری، همه شهر نشینان قارون نیستند، همه شهر نشینان دکتور و مهندس و لیسانس و حتی باسواد نیستند. زندگی برای دستمزد بگیران خرده‌پا، سخت و گران است. در شهر ۵۰ درصد دستمزد یک کارمند متوسط الحال تنها به مصرف تأمین غذای خانوار ۶ نفری او می‌رسد. تنها حقوق یک آموزگار یا یک کارمند دون پایه، به زحمت برای تأمین کرایه خانه کفایت می‌کند، تورم افسار گسیخته، گریبانگیر

جدول شماره ۱۱: شکاف بین شهر و روستا (۹۱-۱۹۸۹)

مناطق کشورها	تعداد کشورها	توسط جمعیت‌داری دسترسی به خدمات (درصد)						
		آب		بهداشت		آب	تغذیه کودکان	
		شهری	روستایی	شهری	روستایی			
توسعه انسانی بالا	۱۷	۸۸	۴۸	۱۰۰	۹۷	۵۵	۸۵	۹۷
توسعه انسانی متوسط	۲۸	۹۰	۵۹	۹۰	۷۲	۶۶	۸۰	..
توسعه انسانی پایین	۶۲	۷۸	۵۶	۴۷	۱۱	۷۲	۲۳	۷۵
همه کشورهای درحال توسعه	..	۸۵	۶۰	۷۶	۴۰	۷۱	۷۷	۶۲
کشورهای کمتر توسعه یافته	..	۶۱	۴۵	۲۵	۱۵	۷۴	۳۳	۸۰
کشورهای جنوب صحرای آفریقا	۷۹	۷۹	۲۰	۲۷	۱۸	۳۵	۲۸	۶۷
جمهوری اسلامی ایران	..	۱۰۰	۷۵	۱۰۰	۳۵	۷۵	۳۵	..
کشورهای توسعه یافته	..	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

ارقام ارائه شده، حسب متوسط شهری
بر اساس داده‌های سازمان ملل
در سال ۱۹۸۵ گردآوری شده است.
در جهت مقایسه، کشورهای کمتر توسعه یافته
کشورهای جنوب صحرای آفریقا
شکاف و دسترسی بیشتر خواهد بود، هر
چه رقم به ۱۰۰ نزدیکتر باشد شکاف کمتر است.
مآخذ: گزارش توسعه انسانی - سال ۱۹۹۳

۴۰. جهاد

شهری هاست.

بنابراین، بر این باور نیستیم، که زندگی در شهرها در کمال آرامش و رفاه است؛ بلکه، برای بسیاری از شهرنشینان، زنده ماندن با دشواریهای فراوان روبروست. با این حال، وضع برای روستاییان در کشورهای جهان سوم، به مراتب ناگوارتر است. متأسفانه، هیچ چیز گواه بر آن نیست که، اختلاف در سطح معیشت میان شهرها و روستاهای کشورهای کم رشد، رو به کاهش دارد، بلکه، بر اساس گزارشهای رسمی سازمانهای ملی و بین المللی متأسفانه، در این کشورها، وضع برعکس می‌باشد و رو به وخامت نهاده است.

■ نگاه کلی به این بخش

بهبود وضعیت دستیابی فقرا روستایی به خدمات آموزشی، بهداشتی - درمانی، هم از نظر افزایش درآمد آن (بازده اقتصادی) و هم برای بالا بردن سطح زندگی آنان (بازده اجتماعی)، از عوامل بسیار مهم به شمار می‌آید.

مطالعات متعدد در نقاط مختلف جهان و در بین جوامع روستایی، وجود رابطه بین سلامت افراد را که شامل تغذیه مطلوب هم می‌شود، با افزایش یادگیری از یک طرف و بین یادگیری و بازدهی از طرف دیگر، ثابت کرده‌اند. دیگر مسلم شده است که مادران سالم، فرزندان سالم به دنیا می‌آورند، فرزندان سالم، بهتر یاد می‌گیرند و کارگران سالم، بهتر و در نتیجه بیشتر تولید می‌کنند (بهره‌وری بیشتر). جنسیت نیز در امر سلامت مهم است. بیش از ۱/۳ از موارد مرگ و میر زنان، در سالهای باروری و به هنگام وضع حمل روی می‌دهد. کافی است بدانیم، متوسط عمر زنان کشورهای پیشرفته صنعتی در حدود ۸۰ سال است، اما متوسط عمر زنان مناطق روستایی اتیوپی بیش از ۴۰ سال نیست و این دوره کوتاه نیز، جز کار سخت و محرومیت، نصیبی از زندگی ندارند. زنان روستایی به طور متوسط، دارای هفت بچه هستند و ۵۷ درصد آنان بدون ماما و رعایت شرایط بهداشتی وضع حمل کرده‌اند. از هر هزار نفر مادر ۲۰ نفر (بالاترین نسبت در جهان) بر اثر حاملگی مداوم و نزدیک بهم و نیز، تحمل فشار کار و ناتوانی جسمی، در هنگام زایمان می‌میرند. سنت بد ختنه کردن زنان، موجب کوتاهی

عمر طبیعی و ناتندرستی مادران و بچه‌ها است.

تقریباً کلیه موارد بالا، بر اثر توجه به امر تنظیم خانواده، مراقبت والدین و کمک به هنگام وضع حمل، قابل پیشگیری است.

در بسیاری از کشورهای جهان سوم، مراقبت‌های بهداشتی - درمانی به بهای بی توجهی به مراقبت‌های پیشگیری و مراقبت‌های شهری به بهای فدا کردن مراقبت‌های روستایی تمام می‌شود. مراحل درمان بیمارستانی و تأمین مالی آن، جایی برای خدمات بهداشتی - درمانی که در مقایسه با هزینه کارایی داشته باشد، باقی نمی‌گذارد.

بیمارستانها ذاتاً گران و پر هزینه هستند، حتی در سیستمهایی که عملکرد خوبی دارند، خدمات بیمارستانها و سوسیدهای پرداختی به آنها، در وهله اول به شهرها اختصاص می‌یابد. این در حالی است که، بیشتر جمعیت فقیر، در مناطق روستایی ساکن هستند و به مراقبت‌های بهداشتی - درمانی دسترسی ندارند. حتی در روستاها و بوژه در نقاط دورافتاده‌ای که امکان مراقبت‌های اولیه موجود است، معمولاً برای پاسخگویی به فوریت‌های زنجیکی که میزان متناسبی از مرگ و میر مادران باردار را موجب می‌شود، مجهز نیستند.

پژوهشی که اخیراً به بررسی وضعیت بهداشت و درمان پرداخته، نشان می‌دهد که همان بیماریهای عفونی و انگلی که در طی قرون در آسیا، مردم را به کشتن داده است، هنوز در روستاها وجود دارند. این گزارش، توصیه می‌کند که شرایط اقتضا می‌کند، دولت‌ها به طرف برنامه‌هایی بروند که آغاز زندگی خوبی را به کودکان روستایی نوید دهد و آنها را به زیستن در محیطی فارغ از عوامل بازدارنده حیات یا امراض ضعیف کننده، مطمئن و امیدوار سازد، به عبارت دیگر، ضمن تأمین آب میوه برای کودکان شهری، از تأمین آب سالم برای کودکان غافل نباشد. یک اصل مهم این است، هر قدر کشوری فقیر باشد، کمتر می‌تواند، برای بهداشت و درمان هزینه کند و با این وجود، هر اندازه وضعیت سلامت بدتر باشد، برای سواد بهداشت و درمان تأکید بیشتری را می‌طلبد.^{۲۵}

در نهایت، تعارفانه خدمات آموزشی و بهداشتی - درمانی، بویژه خدمات تنظیم خانواده، باید هماهنگ با

بهداشت - درمان، به عنوان بخش از برنامه‌های توسعه روستایی و رفعا برابریها و به طور کلی، سلامت جامعه به مؤثرترین شکل، راه پیدا کرده‌است و در سایر تشکیلات، برنامه‌های عمودی موفق بوده‌اند. در بعضی دیگر از جوامع، موفقیت کمتری داشته‌است. از این مسأله، استنباط می‌شود که در این مورد، انتخاب "بهترین" وجود دارد. راه حلها، همان سیستم مراقبت‌های بهداشتی - درمانی یا آموزشی است، ولی ابرای آن در شهر و روستا فرق می‌کند. در روستا باید با تأثیر اندیشه شده، همراه باشد.

به خصوص دقت شود، خدمات با کیفیت بالاتر و علمی تر و پیشرفته‌تر، بر اساس درک متقاضیان یا "گروه هدف" از نیازهایشان صورت پذیرد.

در بسیاری از جوامع روستایی، خدمات آموزش و بهداشت - درمان، به عنوان بخشی از برنامه‌های توسعه روستایی و رفعا برابریها و به طور کلی، سلامت جامعه به مؤثرترین شکل، راه پیدا کرده‌است و در سایر تشکیلات، برنامه‌های عمودی موفق بوده‌اند. در بعضی دیگر از جوامع، موفقیت کمتری داشته‌است. از این مسأله، استنباط می‌شود که در این مورد، انتخاب "بهترین" وجود دارد. راه حلها، همان سیستم مراقبت‌های بهداشتی - درمانی یا آموزشی است، ولی ابرای آن در شهر و روستا فرق می‌کند. در روستا باید با تأثیر اندیشه شده، همراه باشد. مخصوصاً مراقبت‌های بهداشتی - درمانی روستایی در زمینه انتخاب و تربیت کارکنان این بخش و نیز سرپرستی و حمایت کلینیکهای محلی و کارکنان آن، اداره ساختمانها، وسائط نقلیه و داروها نیز، مستلزم توجه خاص است. مهمتر از همه برای این که این خدمات مؤثر عمل کند و پاسخگوی تقاضاها و مسائل روستاییان باشد، مشارکت جامعه روستایی در امر تصمیم‌گیری مدیریت و سازماندهی سیستم محلی ضروری است. این بدان معنا است که، در زمینه مدیریت و بودجه‌ریزی، اجازه خودگردانی بیشتری به واحدهای محلی داده شود و این واحدها، برای برنامه‌ریزی و بودجه‌بندی، جمع‌آوری حقا الزحمه و چگونگی به مصرف رسانیدن وجوه جمع‌آوری شده، از طریق همیاری و منابع دولتی، مسؤولیت بیشتری داشته باشند. قطعاً این امر موجب ایجاد انگیزه در خودیاری روستاییان و در نهایت افزایش بودجه می‌شود که خود نشانه مناسب و مطلوب بودن خدمات این واحد است و مشارکت مردمی را ترغیب کرده‌است. در نتیجه، هزینه‌های اداری را به حداقل می‌رساند.

کوتاه سخن آن که، این اقدامات به ظاهر ناچیز ولی در عین حال مهم، با افزایش سطح قدرت درک اولیه روستاییان فقیر می‌تواند:

۱- بازدهی خدمات زیر بنایی را بالا برد.

۲- با تشویق روستاییان برای استفاده از خدمات

ارائه شده. منافع زیادتری را ایجاد کند.
۳ - بلاخره، محرومیت روستایی را کمتر کرده، نابرابری بین شهر و روستا را کاهش دهد.

منابع و مآخذ:

۱۸ - سالنامه آماری کشور - سال ۱۳۷۱ - مرکز آمار ایران - تهران

۱9 - The world Bank (1994)

۲۰ - دنیای روستاییان فقیر - ص ۶۶

۲۱ - نسبت افراد زیر ۱۵ سال و جمعیت بالای ۶۴ سال نسبت وابستگی تعریف شده است.

۲۲ - فقر روستایی و راههای مقابله با آن دکتر محمد جواد زاهدی مازندرانی - فصلنامه علمی - پژوهشی اقتصاد کشاورزی و توسعه - سال دوم پاییز ۱۳۷۳ ص ۲۱۵

۲۳ - پروفیسور تئودور، و. شولتز (Theodore. w. shultz) برنده جایزه نوبل متولد سال ۱۹۰۲ در جنوب داکوتا از دیرباز علاقهای شدید بر توسعه اقتصادی داشته است. برخی از کتب او عبارتند از: "غذا برای دنیا" چاپ دانشگاه شیکاگو (۱۹۴۵)، "سازمان اقتصاد کشاورزی" (نیویورک مک گرو هیل ۱۹۹۵) گزار از کشاورزی سنتی (چاپ دانشگاه میل ۱۹۶۴) "سرمایه گذاری در سرمایه انسانی" (نیویورک: چاپ آزاد ۱۹۹۷) انحراف (نابنده گرفتن انگیزه های کشاورزی) (چاپ دانشگاه ایندیانا ۱۹۷۸) و سرمایه گذاری در مردم (چاپ دانشگاه کالیفرنیا ۱۹۸۱)

۲۴ - Human Development Report 1994 pp 122- 123

۲۵ - Human Development report/1994

۲۶ - گزیده مسائل اقتصادی - اجتماعی - سازمان برنامه و بودجه شماره ۹۷ و ۹۸ اسفند ماه ۱۳۶۸، ص ۳۱

۲۷ - در تئوری سرمایه انسانی، وضعیت تندرستی هر فردی به عنوان یک ذخیره مورد نظر قرار می‌گیرد. این ذخیره سرمایه تندرستی و سهم آن در ارائه خدمات تندرستی را شامل می‌شود.

۲۸ - گزیده مسائل اقتصادی - اجتماعی - سازمان برنامه و بودجه، شماره ۹۷ و ۹۸ اسفند ماه ۱۳۶۸، ص ۳۲

۲۹ - ۱۰۰ برابری شهر و روستا در نظر گرفته شده است. هر چه رقم کوچکتر باشد فاصله بزرگتر و هر چه رقم به ۱۰۰ نزدیک باشد فاصله کمتر است.

۳۰ - World Health Organization

۳۱ - سازمان جهانی بهداشت "دسترسی معقول" (Reasonable access

به آب را در مناطق شهری، علاوه بر لوله کشی خانه ها، وجود یک چشمه یا شیر آب عمومی که از خانه ها ۲۰۰ متر بیشتر فاصله

● دورنما

"کورده" در صدد آن است تا به شکل یک مرکز بویای تبادل اطلاعات، در زمینه توسعه روستایی درآید، نه این که صرفاً یک کتابخانه باشد، بلکه، به منظور سهولت جریانهای اطلاعاتی، بر روی این موارد تاکید می‌ورزد: مشارکت هر چه بیشتر استفاده کنندگان در تهیه مطالب مرتبط با توسعه روستایی، برقراری ارتباط شبکه‌ای با مؤسسات دولتی توسعه روستایی؛ کامپیوتری کردن پایگاه اطلاعاتی خود و عرضه امکانات پشتیبانی قوی از جمله فراهم آوردن دستگاه فتوکپی؛ یکسپارچه سازی اطلاعات مربوط به موضوعات مورد نظر به شکل گزارشهای گرافیکی یا گزارشهای به روز معرفی خدمات مناسب و جدیدی که می‌توانند، به اشاعه و انتشار هر چه گسترده‌تر اطلاعات کمک کند.

"کورده"، هم اکنون در آستانه دستیابی به هدف خود، مبنی بر عمل کردن به عنوان یک کانون ملی، در تهیه اطلاعات مربوط به توسعه روستایی و محرکی برای کاربرد اطلاعات به عنوان یک منبع توسعه، قرار دارد.

● جمع‌بندی

مرکز اسناد روستایی (CORD) موسسه ملی توسعه روستایی (NIRO) واقع در حیدرآباد، کانونی برای کسب اطلاعات مربوط به توسعه روستایی در هندوستان است. انتشارات دولتی، گزارشهای تحقیقی، نتایج و اطلاعات بدست آمده از مجلات و سایر مطالب منتشر نشده، مخزن عظیم "کورده" را تشکیل می‌دهند. این مرکز، سیاستگذاران، محققان، آموزشگران و تمامی کسانی را که به نحوی از انحاء دست‌اندرکار توسعه اجتماعی - اقتصادی هستند، از طریق ارائه کمکهای اسنادی، در قالب فهرست نامه‌ها، چکیده‌نامه‌ها، نشریات ادواری، کتابچه‌های راهنما و سایر تولیدات یکسپارچه اطلاعاتی، یاری می‌رساند.

منبع:

NATIONAL INSTITUTE OF
RURAL DEVELOPMENT