

بازرگانی به عنوان موتور محرکه رشد*

مترجم: حمید کیان نژاد

تجارت خارجی، می‌تواند از طریق تأثیر گذاری بر نحوه تخصیص مطلوب منابع و افزایش بهره‌وری، به عنوان موتور محرکه رشد در کشورهای در حال توسعه عمل نماید. ولی صادرات کشورهای در حال توسعه، خود به خود رشد و سطح رفاه اقتصادی کشورهای پیشرفته مرتبط نیست.

در قرن نوزدهم، در آمریکا (= ایالات متحد) تغییرهای حاصله در بخش صادرات، کندتر از تغییرهای سایر بخشها بود. میزان صادرات کم بود و سهم به نسبت ثابتی از محصول ناخالص داخلی (۶ تا ۷٪) را شامل می‌شد. رشد در استرالیا نیز متأثر از عوامل داخلی بود. گرچه نرخهای رشد صادرات آرژانتین مشابه آمریکا، بود و در نیمه دوم قرن نوزده نیز کالاهای مشابهی را صادر می‌کرد، مع هذا، رشد حاصله اندک بود.

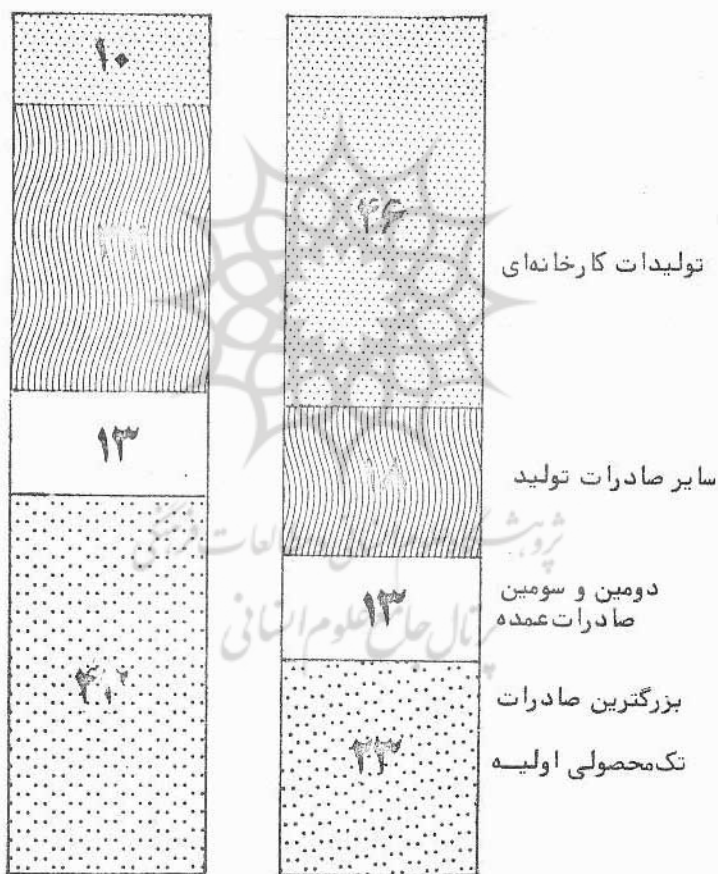
در سه تا چهار دهه پیش از جنگ جهانی اول، توسعه تجارت خارجی کشورهای در حال توسعه تقریباً "معادل کشورهای پیشرفته بود (۳۶٪ در هر دهه در مقایسه با ۴۰٪). در ارتباط با محصول ناخالص داخلی، در کشورهای در حال توسعه، تجارت خارجی با سرعت بیشتری نسبت به کشورهای توسعه یافته افزایش می‌یافت.

به علاوه، از جنگ جهانی دوم به بعد، تجربه کشورهای در حال توسعه بیانگر این واقعیت است که رابطه ساده موجود بین صادرات کشورهای در حال توسعه و رشد درآمد در کشورهای توسعه یافته، برای توضیح عملکرد صادرات، وافی به مقصود نیست. مفهوم موتور محرکه رشد، بر این فرض استوار است که صادرات کشورهای در حال توسعه، بیشتر از خواربار و مواد اولیه تشکیل می‌شود و لذا در

* World Bank. *World Development Report 1984*. "Trade as an engine of growth." Oxford University Press. 1984.P.43.

ارتباط با رشد درآمد در کشورهای پیشرفته افزایش می‌یابد. ولی امروز، در کشورهای در حال توسعه، تولیدات کارخانه‌ای، معادل نیمی از ارزش صادرات غیرنفتی را تشکیل می‌دهد. اگر چه بخش قابل توجهی از صادرات مزبور، مربوط به چند کشور است، ولی سهم تولیدات کارخانه‌ای، حتی در کشورهایی که از گذشته دارای تخصصی در زمینه صادرات تک محصولی وابسته به کشاورزی و یا مواد اولیه بودند نیز، در شرف افزایش چشمگیر است. یک گروه متشکل از یازده کشور که هندوستان را نیز شامل می‌شود (به استثنای چین) و حدود $\frac{2}{3}$ جمعیت کشورهای در حال توسعه را دربرمی‌گیرد توانسته است سهم کالاهای کارخانه‌ای خود را به حدود ۵۰٪ صادرات غیر نفتی افزایش دهد (به نمودار مراجعه شود). افریقا تنها منطقه‌ای است که وابستگی آن به صادرات مواد اولیه تک محصولی کاهش نیافته است.

ساخت صادراتی کشورهای در حال توسعه منتخب



۱۹۶۰ ۱۹۸۰
 به استثنای صادرکنندگان عمده نظیر:
 کره، هنگ کنگ، سنگاپور، شام
 هندوستان، مکزیک، برزیل و مصر.

مأخذ: ریپدل ۱۹۸۴

این گوناگون سازی را که به منظور پرهیز از توسل صرف به فراورده‌های اولیه صورت می‌پذیرد نباید به معنی بی‌اهمیت جلوه دادن تقاضای خارجی تلقی کرد. زیرا کشورهای در حال توسعه برای صادرات محصولات کارخانه‌ای خود، به بازارهای کشورهای توسعه یافته وابسته‌اند. هنوز هم نوسانهای کوتاه مدت در تقاضا، برای صادرات آنها اثر نوسانهای در رشد کشورهای صنعتی می‌تواند با اهمیت باشد. ولی ایجاد تنوع در زمینه صادرات در جهت کالاهای کارخانه‌ای، باعث شده است که شرایط رقابت برای کالاهای صادراتی کشورهای در حال توسعه، در میان مدت و بلندمدت در بازار کشورهای توسعه یافته، تغییر یابد. صادرات کارخانه‌ای آنها به ظاهر، مصرف کمتر از ۵٪ کشورهای توسعه یافته را تأمین کرده است و جانشینی برای تولیدات داخلی کشورهای پیشرفته به حساب می‌آید. تا زمانی که بازارهای جهانی برای صادرات کالاهای کارخانه‌ای کشورهای در حال توسعه، به نسبت آزاد از حصارهای حمایتی باقی بماند، کاهش تقاضای خارجی، صادرات کشورهای در حال توسعه را محدود نخواهد کرد.

تجربه دهه شصت و هفتاد صحت این ادعا را تأیید نمی‌کند. در دو دهه فوق هیچ گونه رابطه آماری ثابتی بین حجم صادرات کشورهای در حال توسعه و درآمد حقیقتی در کشورهای توسعه یافته مشاهده نمی‌شود. در دهه هفتاد، صادرات کشورهای در حال توسعه نسبت به درآمد کشورهای توسعه یافته، دو برابر سریعتر افزایش یافت. در دهه شصت، برای هر یک درصد تغییر در درآمد حقیقتی کشورهای توسعه یافته، حجم صادرات کشورهای در حال توسعه، فقط ۰/۰۹٪ افزایش پیدا کرد. ولی این رقم در دهه هفتاد به ۱/۷٪ رسید. در دهه شصت نرخ رشد صادرات کالاهای کارخانه‌ای کشورهای در حال توسعه، دو برابر نرخ رشد درآمد کشورهای توسعه یافته بود، ولی این رقم، در دهه هفتاد تقریباً "به پنج برابر بالغ شد."

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مرگ و میر کودکان و مرگ ناشی از زایمان*

مترجم: ع. ضرغامی

نرخ بالای مرگ و میر کودکان و مرگ ناشی از زایمان مسئله جدی بهداشتی را در کشورهای درحال توسعه نشان می دهد که در برنامه های اساسی مراقبت بهداشتی شایان توجه است. گرچه اطلاعات ناقصند، اما ارقام موجود نشان می دهد که مسئله بزرگ است.

تخمینهای منطقه ای مرگ ناشی از زایمان در سال ۱۹۷۷ از حد پایین ۱۱ مرگ در ۱۰۰۰،۰۰۰ موالید زنده در آمریکای شمالی تا حد بالای ۵۲۲ مرگ در ۱۰۰۰،۰۰۰ در آسیا تغییر می کند و متوسط جهانی، ۳۵۱ مرگ در ۱۰۰۰،۰۰۰ است. این تخمین، مانند آمار وقایع حیاتی در سطح ملی (نظیر آنچه در جدول ۱ نشان داده شده است) که بخشی از این تخمینها برپایه آن است، به احتمال مرگ ناشی از زایمان را کمتر از سطح واقعی آن بیان می کند. برای بسیاری از مناطق با مرگ و میر بالا آمار وقایع حیاتی در دسترس نیست و حتی حایی که این آمار وجود دارد به طور فاحشی مرگ ناشی از زایمان را کم گزارش می کند. بررسیهای مناطق روستایی در کشورهای درحال توسعه، نرخ مرگ ناشی از زایمان را بالای ۵۰۰ و در برخی مناطق، تا ۱۰۰۰ مرگ در هر ۱۰۰۰،۰۰۰ موالید زنده یا ۱٪ مرگ را یافته اند. نرخ مرگ ناشی از زایمان در کل کشورهای درحال توسعه ۴۰۰ مرگ در هر ۱۰۰۰،۰۰۰ موالید زنده تخمین زده شده است.

مرگ و میر نوزادان در بسیاری از کشورهای آسیایی و آمریکای لاتین به ۲۰ تا ۵۰ مرگ در هر ۱۰۰۰ موالید زنده بالغ می شود، اما در بعضی کشورها، بویژه در آفریقا به ۲۰۰ در ۱۰۰۰ یا ۲۰٪ می رسد. در کشورهای توسعه یافته نرخ مرگ و میر نوزادان معمولاً کمتر از ۱۵ در هزار است (جدول ۲ ملاحظه شود).

نه فقط نرخ مرگ در میان زنان و کودکان بالاست، بلکه همچنین زنان در سنین باروری و فرزندان شان بخش بزرگی از کل جمعیت را تشکیل می دهند (نمودار ملاحظه شود). بنابراین در کشورهای در حال توسعه ترکیب اعداد بالا و نرخ بالای مرگ و میر به معنی مرگهای بسیار است. هر سال به تخمین ۱۵،۰۰۰،۰۰۰ مرگ در بین کودکان پایین ۵ سال و ۴۵۰،۰۰۰ مرگ در میان زنان در سنین باروری در نتیجه عوامل ناشی از زایمان.

* " Maternal and Child Mortality Important Problems". Population Reports. series J, No.27, May - June, 1984.p.p. j - 661 - j-663.

بهداشت مادران

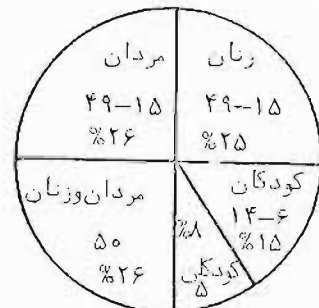
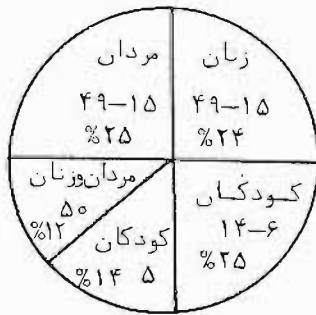
در اغلب کشورهای توسعه یافته، مرگ ناشی از زایمان کمتر از ۲٪ کل مرگومیر زنان ۱۵ تا ۴۴ سال است. این رقم در مقابل مثلاً "بیش از ۱۰٪ در مکزیک و سریلانکا، دو کشور در حال توسعه با اطلاعات به نسبت خوب قرار دارد. نرخ مرگومیر ناشی از زایمان در مناطق روستایی که مراقبتهای بهداشتی اندک است و بیشتر زنان در منزل وضع حمل می کنند در بالاترین سطح است. به عنوان مثال، نرخ مرگ و میر ناشی از زایمان در مانلابانا، یک بخش روستایی در مرکز بنگلادش، در بین سالهای ۱۹۶۸ و ۱۹۷۰، ۵۷۰ مرگ در ۱۰۵۰،۰۰۰ موالید زنده بود. این تعداد ۲۷٪ مرگ در بین زنان بالغ بود. در سالهای ۱۹۸۱ و ۱۹۸۲ در یک منطقه روستایی در مصر، علت ۲۰٪ مرگها از بین گروهی از زنان شوهردار در سنین باروری، علل بارداری، وضع حمل و دوران بلافاصله پس از وضع حمل بوده است. از سال ۱۹۵۱ تا ۱۹۷۵ میزان مرگومیر ناشی از زایمان در دو دهکده گامبیا ۹۵۰ و ۱۰۵۰ در هر ۱۰۵۰،۰۰۰ موالید زنده بود.

علاوه بر آنها که می میرند، بسیاری زنان از بیماریهای سخت مربوط به بارداری، سقط جنین یا وضع حمل رنج می برند. یک بررسی در هند در بین سالهای ۱۹۷۴ و ۱۹۷۹ معلوم کرد که در برابر هر مرگ ناشی از زایمان، ۱۶/۵ مورد بیماریهای مربوط به بارداری، وضع حمل و شرایط بلافاصله پس از وضع حمل وجود داشت.

وفتی یک مادر به شدت مریض است یا در نتیجه تولد بچه می میرد، این یک ضایعه شخصی نیست، بلکه همچنین ضایعات خانوادگی است. نوزادانی که به طور ناگهانی از سیر مادر محروم می شوند ممکن است زنده نمانند. یک بررسی اخیر در بنگلادش معلوم نمود که ۶۰٪ نوزادانی که مادرانشان بیدرتنگ پس از زایمان در گذشتند، خودشان هم در طول دوران یک ماهه اول نوزادی مردند. سایر کودکان خردسال، که از آنها مراقبت نشده است، ممکن است بد تغذیه شده یا مریض شوند و ممکن است بمیرند. به کودکان بزرگتر به طور زودرسی کارهای خانه و مراقبت از کودکان تحمیل می شود. بنابراین نمی توانند به مدرسه بروند، سوهر همسرش را، و معمولاً "خانواده یک کارگر مهمش را از دست می دهد. حتی بستگان و همسایگان که باید در مراقبت از خانواده کمک کنند ممکن است لطمه بخورند. برای یک خانواده، کمتر چیزی بیش از مرگ یک مادر باعث ناپسا مانی می شود.

نمودار ترکیب تخمینی سن و جنس جمعیت در کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه یافته، ۱۹۸۰.

منبع: سازمان ملل متحد.



کشورهای در حال توسعه

کشورهای توسعه یافته

جدول ۱. مرگومیر ناشی از زایمان در هر ۱۰۰۰۰۰ موالید زنده، نواحی منتخب ۱۹۵۱-۱۹۸۲

میزان	آمار وقایع سال حیاتی	منطقه و کشور یا ناحیه	میزان	آمار وقایع سال حیاتی	منطقه و کشور یا ناحیه
۱۶	۱۹۷۸	فرانسه			<u>آفریقا</u>
۱۷	۱۹۷۸	ایتالیا	۱۱۳	۱۹۷۲	آنگولا (الف)
۲۱	۱۹۸۰	ژاپن	۲۰۴	۱۹۷۰	کنیا (الف)
۱	۱۹۷۹	سوئد	۹۹	۱۹۷۹	موریتس
۱۱	۱۹۸۰	بریتانیا (انگلستان و ولز)			<u>آسیا و اقیانوس آرام</u>
۱۰	۱۹۷۸	ایالات متحد			هنگ کنگ
۲۲	۱۹۷۹	یوگسلاوی	۵	۱۹۸۰	فیلیپین (الف)
نتایج بررسی ناحیه‌ای			۱۴۲	۱۹۷۶	<u>آمریکای لاتین و حوزه کارائیب</u>
			۸۵	۱۹۷۸	آرژانتین
			۷۵	۱۹۷۹	شیلی
			۲۴	۱۹۸۰	کستاریکا
			۴۵	۱۹۷۸	کوبا
			۱۹۹	۱۹۷۷	اکوادور (الف، ب)
۷۷۰	۱۹۷۶-۶۸	ماتلاب تانا، بنگلادش (۹۲)	۱۲۱	۱۹۷۸	السالوادور
۵۷۰	۱۹۷۰-۶۸	۱۳۲ روستا	۱۲۱	۱۹۷۸	گواتمالا
۹۵۰۰۱۰۵۰	۱۹۷۵-۵۱	دوروستای همسایه گامبیا (۵۵)	۱۰۳	۱۹۷۸	مکزیک
		روستای باکریبالناکار، آلوار	۱۰۳	۱۹۷۸	پرو (الف، ب)
۵۹۲	۱۹۷۹-۷۴	داجستان، هند (۱۱۴)	۵۶	۱۹۷۸	اوروگوئه
۵۰۸	۱۹۸۲-۸۰	بالی، اندونزی (۱۶۱)	۶۵	۱۹۷۸	ونزوئلا (الف، ب)
۳۱-۵۵۸ (روی هم ۱۷۰)	۱۹۶۶	نواحی مالزی غربی (۲۹۸)	۱۵۳	۱۹۷۶	گویان
		۵ روستای نواحی روستایی، پایو آگینه نو (۲۵۶)	۸۳	۱۹۷۸	<u>آفریقای شمالی</u>
۴۰۰-۱۸۰۰	۱۹۶۷-۶۱				مصر
					کشورهای توسعه یافته
			۱۰	۱۹۸۰	استرالیا

* منبع برای آمار وقایع حیاتی: سازمان ملل متحد

یادداشت: میزان مرگومیر ناشی از زایمان تعداد سالانه مرگ در بین زنان، در هر ۱۰۰۰۰ موالید زنده، است که به علت وضع حمل و علل بارداری، تولد کودک و دوران بلافاصله پس از وضع حمل رخ می‌دهد. مرگهای منتج از پیچیدگیهای سقط جنینهای اجباری به طور صریح در آمارهای وقایع حیاتی ملی و میزان مرگومیر برای باکریبالناکار، هند، ماتلاب تانا، بنگلادش (۹۲) و بالی، اندونزی ذکر شده است.

(الف) اطلاعات از دفتر آمار شهری که ناکامل یا از جهت کامل بودن ناشناخته هستند.

(ب) به غیر از جمعیت سرخپوستان آمریکایی.

بهداشت کودک

مرگ کودکان حتی رایجتر از مرگ ناشی از زایمان است. در کشورهای در حال توسعه تعداد بی‌تناسبی از مرگ‌ومیر در بین کودکان خردسال رخ می‌دهد. در کشورهای در حال توسعه کودکان کمتر از ۵ سال ۱۴٪ جمعیت را تشکیل می‌دهند اما ۸۰٪ مرگ‌ومیرها در هر سال مربوط به آنان است. وضعیت در کشورهای توسعه یافته، که کودکان کمتر از ۵ سال ۸٪ جمعیت را تشکیل می‌دهند و از گونه است، اما کمتر از ۳٪ کل مرگها در هر سال مربوط به آنان است. برطبق تخمینهای سازمان بهداشت جهانی (WHO)، خطر مرگ قبل از سن بلوغ از یک درجهل در کشورهای توسعه یافته تا یک در چهار در کل آفریقا، و تا یک به دو در برخی کشورها با آهنگ مرگ و میر بسیار بالای کودکان تغییر می‌کند.

میزان مرگ در طی سال اول زندگی بویژه بالاست. برطبق تخمینهایی که بیشتر مبتنی بر آمارهای اساسی است در اوایل دهه ۱۹۸۰ در بسیاری کشورها میزان مرگ‌ومیر در طی سال اول زندگی تا ۱۰ برابر مرگ‌ومیر برای سنین ۱ تا ۴ سال بود (جدول ۲ ملاحظه شود). محاسبه‌های مبتنی بر نتایج بررسی باروری جهانی (WFS) عموماً " برای نوزادان میزان مرگ‌ومیر اندکی بالاتر و برای کودکان به‌طور قابل توجهی بیشتر از آمار وقایع حیاتی به دست می‌دهد.

میزان مرگ‌ومیر نوزادان، هم در بین کشورها و هم در داخل یک کشور، بسته به سطح توسعه اجتماعی - اقتصادی، شرایط زندگی، دسترسی به مراقبت بهداشتی، آب و هوا، و بسیاری عاملهای دیگر بشدت متغیر است (جدول ۲ ملاحظه شود). تغییرات در داخل برخی کشورها همچون تغییرات بین کشورها قابل توجه و اساسی است. به عنوان مثال، در سال ۱۹۷۷ در مالوای، میزان مرگ‌ومیر نوزادان در مناطق شهری ۷۱ مورد در ۱۰۰۰ مولید زنده و در مناطق روستایی ۱۳۵ مورد گزارش داده شد. در برخی کشورهای دیگر مرگ و میر نوزادان در مناطق شهری بیشتر است.

میزان بالای مرگ‌ومیر نوزادان در کشورهای در حال توسعه، مخاطرات بهداشتی بسیاری را منعکس می‌کند که این کودکان با آنها مواجهند. بسیاری نوزادان به دلیل وزن کم هنگام تولدشان (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) در معرض خطر مسائل مختلفی - از کمبودهای عصبی تا رشد کندتر - هستند. حدود ۲۰ میلیون از ۱۲۲ میلیون نوزادی که هر سال به دنیا می‌آیند هنگام تولد کم وزن هستند، و تعداد بی‌تناسبی از آنها در کشورهای در حال توسعه متولد می‌شوند. در حالی که فقط ۷٪ نوزادان آمریکای شمالی و ۸٪ نوزادان اروپایی موقع تولد کم وزن هستند، تازه در آمریکای لاتین ۱۱٪، در آفریقا ۱۵٪ و در آسیا ۲۰٪ متولدان کمتر از ۲۵۰۰ گرم هستند. قبل از سن ۵ سالگی، کودکان ممکن است در هر سال ۲ تا ۵ مورد اسهال داشته باشند. در سال ۱۹۸۰ به تخمین ۷۴۴ تا ۱۰۰۰ میلیون مورد اسهال در بین کودکان کمتر از ۵ سال در کشورهای در حال توسعه (به استثنای چین) وجود داشت که به ۴/۶ میلیون مرگ منجر شد. سوء تغذیه یک تهدید همگانی دیگر است. در برخی مناطق آفریقا در سال ۱۹۷۴، نزدیک به ۲۳٪ کودکان زیر ۵ سال سوء تغذیه شدید کالری - پروتئین داشتند، در حالی که حدود ۶۵٪ به طور متوسط دچار بدی تغذیه بودند. انگلهای روده هم رایج هستند و در برخی مناطق اکثریت بزرگی از مردم دچار آن هستند. چند نوع از انگلها در بین کودکان بیشترین شیوع را دارند.

جدول ۲ . تعداد تخمین مرگ نوزادان در هر ۱۰۰۰ موالید زنده و مرگ کودکان در هر ۱۰۰ کودک ۱-۴ سال
کشورهای منتخب ، ۱۹۸۱

میزان مرگ کودکان (۱-۴ سال)	میزان مرگ نوزادان (۰-۱ سال)	منطقه و کشور یا ناحیه	میزان مرگ کودکان (۱-۴ سال)	میزان مرگ نوزادان (۰-۱ سال)	منطقه و کشور یا ناحیه
۱۲	۹۸	برمه			آفریقا
۷	۷۱	چین			آنگولا
۰	۱۰	هنگ کنگ	۳۳	۱۵۲	کامرون
۱۷	۱۲۱	هند	۲۰	۱۰۶	اتیوپی
۱۴*	۱۰۵*	اندونزی	۳۱	۱۴۵	غنا
۲	۳۳	جمهوری دمکراتیک خلق کره	۱۹	۱۰۱	گینه
۲	۳۳	جمهوری کره	۳۶	۱۶۳	ساحل عاج
۲	۳۰	مالزی	۲۵	۱۲۵	کنیا
۲۲	۱۴۸	نیپال	۱۵	۸۵	ماداگاسکار
۱۷	۱۲۳	پاکستان	۱۱	۶۹	مالاوی
۴	۵۳	فیلیپین	۳۸	۱۶۹	مالی
۳	۴۳	سريلانكا	۳۳	۱۵۲	موزامبیک
۴	۵۳	تایلند	۲۲	۱۱۳	نيجر
۱۲	۹۷	ویتنام	۳۱	۱۴۳	نيجریه
		آمریکای لاتین و کارائیب	۲۸	۱۳۳	رواندا
		آرژانتین	۲۹	۱۳۷	سنگال
۲	۴۴	بلیوی	۳۱	۱۴۵	سودان
۲۳	۱۲۹	برزیل	۲۱	۱۲۲	تانزانیا
۷	۷۵	شیلی	۱۹	۱۰۱	ولتای علیا
۲	۴۲	کلمبیا	۱۷	۹۶	زئیر
۴	۵۵	کوبا	۵۰	۲۰۸	زامبیا
۱	۱۹	جمهوری دومینیکن	۲۱	۱۱۰	ریمبابوه
۵	۶۶	اکوادور	۲۰	۱۰۴	آسیا و اقیانوس آرام
۸	۸۰	گواتمالا	۱۱	۷۲	افغانستان
۵*	۶۶*	هایتی			بنگلادش
۱۷	۱۱۲	مکزیک	۳۵	۲۰۵	
۴	۵۴		۲۰	۱۳۵	

ادامه؛ جدول ۲.

میزان مرگ نوزادان (۱-۴ سال)	میزان مرگ کودکان (۱-۴ سال)	منطقه و کشور یا ناحیه	میزان مرگ نوزادان (۱-۴ سال)	میزان مرگ کودکان (۱-۴ سال)	منطقه و کشور یا ناحیه
۰	۱۰	کشورهای توسعه یافته	۹	۸۵	یرو
۱	۱۴۱۴	فرانسه	۲	۴۰	ونزوئلا
۰	۷	ایتالیا			خاورمیانه و آفریقای شمالی
۰	۱۰۱۰	ژاپن	۱۸	۱۱۴	الجزایر
۰	۷*	اسپانیا	۱۶*	۱۱۰*	مصر
۰	۱۲*	سعود	۱۴	۱۰۵	ایران
۰	۱۲	بریتانیا	۷	۷۶	عراق
		ایالات متحده آمریکا	۱۵	۱۰۴	مراکش
		= کمتر از ۵/۰	۱۷	۱۱۱	عمان، عمان، سعودی
		* آمار برای سالی بجز ۱۹۸۱	۴	۶۰	سوریه
		منبع: بانک جهانی	۹	۸۸	سومالی
			۲۰	۱۱۹	ترکیه
			۵۰	۱۹۰	جمهوری عربی یمن

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی