

گزارش توسعه انسانی ۱۹۹۰

توسعه انسانی از سال ۱۹۶۰ تا کنون

مترجم: قدرتیا... معمارزاده

۱۹۸۵، در مقایسه با حدود یک میلیارد با سواد در شمال، از نتایج این افزایش بود.

در طول این دوره، با وجود گسترش فاصله‌های درآمدی بین شمال و جنوب، فاصله‌های بین آن دو از جهت توسعه انسانی به میزان قابل توجهی کوتاهتر می‌شد. در سال ۱۹۸۷ درآمد سرانه متوسط جنوب هنوز از ۶ درصد درآمد سرانه متوسط شمال تجاوز نمی‌کرد، لکن امید به زندگی و نرخ باسوادی متوسط آن به ترتیب به ۸۰ درصد و ۶۰ درصد متوسط‌های متعلق به شمال بالغ می‌شد. فاصله امید به زندگی بین شمال و جنوب از ۲۳ سال در سال ۱۹۶۰ به ۱۲ سال در سال ۱۹۸۷ و فاصله باسوادی از ۵۱ درصد در سال ۱۹۷۰ به کمتر از ۴۰ درصد در سال ۱۹۸۵ کاهش یافت. کشورهای در حال توسعه همچنین بین سال ۱۹۵۰ و ۱۹۸۵ متوسط مرگ و میر کودکان خود را از ۲۰۰ مرگ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده به ۷۶ مرگ کاهش دادند، موفقیتی که در کشورهای صنعتی تقریباً در طول یک قرن به دست آمده بود. مع‌هذا، این موفقیت باید در چشم‌اندازی واقعی نگریسته شود. نخست اینکه هنوز محرومیت انسانی فاحشی برجاست. در جهان در حال توسعه هنوز حدود ۹۰۰ میلیون بزرگسال قادر به خواندن و نوشتن نیستند، ۱/۵ میلیارد نافذ دسترسی به مراقبت‌های

در طول سه دهه گذشته، کشورهای در حال توسعه به پیشرفت چشمگیری در جهت توسعه انسانی دست یافته‌اند. آنها توانستند امید به زندگی در زمان ولادت را از ۴۶ سال در سال ۱۹۶۰ به ۶۲ سال در سال ۱۹۸۷ افزایش دهند. آنها همچنین نرخهای مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال را به نصف کاهش دادند و دو سوم همه کودکان یکساله را در برابر بیماری‌های عمده دوره کودکی مصونیت بخشیدند. کشورهای در حال توسعه همچنین دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه را برای ۶۱ درصد مردم خود فراهم ساختند و آب سالم را در اختیار ۵۵ درصد (در مناطق شهری ۸۰ درصد) جمعیت قرار دادند. به علاوه، در فاصله سال ۱۹۶۵ تا سال ۱۹۸۵ این کشورها حدود ۲۰ درصد پر عرضه سرانه کالری افزودند.

پیشرفت کشورهای مذکور در امر آموزش و پرورش به همان میزان چشمگیر بود. با سوادی بزرگسالان از ۴۳ درصد در سال ۱۹۷۰ به ۶۰ درصد در سال ۱۹۸۵ - از ۵۳ درصد به ۷۱ درصد برای مردان و از ۳۳ درصد به ۵۰ درصد برای زنان - افزایش پیدا کرد. ستانده آموزش ابتدایی جنوب در سال ۱۹۸۵ در مقایسه با سال ۱۹۵۰ تقریباً ۶ برابر و ستانده آموزش متوسطه بیش از ۱۸ برابر شد. وجود ۱/۴ میلیارد باسواد در جنوب در سال

نولیه بهداشتی هستند. ۱/۷۵ میلیارد آب سالم ندارند. حدود ۱۰۰ میلیون بکلی بی سرپناهند. حدود ۸۰۰ میلیون هنوز هر روز گرسنگی می کشند و بیش از یک میلیارد در فقر مطلق به سر می برند.

کودکان و زنان بیش از همه در رنجند. حدود ۴۰ میلیون نوزاد هنوز به درستی معصومیت پیدا نکرده اند. هر سال ۱۴ میلیون کودک زیر ۵ سال می میرند. ۱۵۰ میلیون دچار سوءتغذیه اند. نرخ مرگ و میر ناشی از زایمان مادران در جنوب ۱۲ برابر و نرخ بیسوادی زنان دست کم ۱۵ برابر نرخهای مربوط به شمال است. بدیهی است که محرومیت انسانی انباشته شده دستور کار چالش انگیزی را برای دهه آینده ارائه می دهد.

دوم آنکه پیشرفت‌های اخیر در کاستن از فاصله‌های بین شمال و جنوب از جهت توسعه انسانی، در عین امید بخش بودن، با علامت سوگلی نیز همراه است. امید اینکه در صورت جهت‌گیری صحیح تلاشهای ملی در باب توسعه و کمکهای بین‌المللی، جهان در حال توسعه بتواند در مدت زمانی نسبتاً کوتاه به سطح پایداری انسانی اول آید. سادست سوال به این واقعیت مربوط می شود که گر چه چهار پنجم مردم جهان سوم از زنده گی طولانیتر و همراه با سطح آموزش و دانش بالاتر برخوردارند، مع‌هذا هنوز از فرصتهای کافی برای بهره گیری از همه توان بالقوه خود محرومند. تا زمانی که فرصتهای اقتصادی کافی در جنوب به وجود نیامده است، استفاده انسانی باز هم بیشتری هدر خواهد رفت و بر اشرافهای معطوف به مهاجرت بین‌المللی به نحو چشمگیری افزوده خواهد شد. به علاوه، در حالی که از جهت بقای صرف، فاصله کمتر خدمات، فاصله‌های فزاینده در زمینه علوم و تکنولوژی فرایند توسعه آنی جنوب را تهدید می کند.

سوم آنکه، ارقام متوسط در ارتباط با توسعه

انسانی، نابرابریهای قابل توجهی بین کشورهای جنوب را از نظر پنهان می‌نارند. در حالی که امید به زنده گی در ۱۴ کشور در حال توسعه از ۷۰ سال فراتر رفته است، در ۲۰ کشور دیگر هنوز از ۵۰ سال کمتر است. به همین ترتیب، هفت کشور نرخهای باسوادی بیش از ۹۰ درصد دارند، اما در هفت کشور دیگر این نرخها از ۲۵ درصد پایینتر است. به طور کلی، کم توسعه‌ترین کشورها که بسیاریشان در آفریقا قرار دارند از بیشترین محرومیت انسانی رنج می‌برند. در میان همه مناطق در حال توسعه جهان، آفریقا پایینترین ارقام امید به زنده گی، بالاترین نرخهای مرگ و میر و نازلترین نرخهای باسوادی را داراست.

این روند نسوگر فقر در آفریقا در حال گسترش است: بیش از نیمی از مردم این قاره در فقر مطلق به سر می‌برند. طی نخستین نیمه دهه ۱۹۸۰ شمار آفریقاییان زیر خط فقر - در مقایسه با افزایش حدود یک پنجم برای کل جهان در حال توسعه - به میزان دو سوم افزایش یافت و طی دهه آینده نیز افزایش سرعتی برای آن پیش‌بینی می‌شود. از این روی، دو هر گونه تلاش سزگالان در جهت بهبود فرایند توسعه انسانی در جهان سوم باید به آفریقا و کم توسعه‌ترین کشورهای دیگر اولویت داده شود.

چهارم آنکه در درون کشورهای در حال توسعه نیز فاصله‌های بزرگی از نظر توسعه انسانی وجود دارد. فاصله‌های بین مناطق شهری و روستایی، میان مردان و زنان و بین اغنیای و فقرا در سطح مجموعه کشورهای در حال توسعه میزان دسترسی مناطق شهری به خدمات بهداشتی - درمانی و آب سالم در مقایسه با مناطق روستایی دو برابر و در ارتباط با خدمات بهداشت محیط چهار برابر است. نرخهای باسوادی زنان تنها دوسوم نرخهای مربوط به مردان است و سهم عمده‌ای از سوسویدهای اجتماعی غالباً به اغنیای تعلق می‌گیرد. این گونه

نابرابریهای گسترده نمایانگر آن است که زیادت
بیکدر توزیع هزینههای اجتماعی هنوز کار زیادی
در پیش است.

پنجم آنکه توسعه انسانی در طول سه دهه
گذشته نه یکسان بوده است و نه هموار. در شعاع
برخیهای فزاینده سوه نقلاب و مرگ و میر کودکن
به ویژه در آمریکای جنوب صحرا و آمریکای
لاتین بسیاری کشورها عقبگردهای عمدهای را در
طول دهه ۱۹۸۰ تجربه کردهاند. کاهشهای
بودجهای هزینههای اجتماعی را به شدت تحت فشار
قرار داد. بعضی کشورها موفق شدند که از رهگذر
مدیریت اقتصادی بهتر از محدود شدن برنامههای
اجتماعی در امان باشند، اما در طول دوره تعهیل
سالهای ۱۹۸۰ بسیاری از کشورهای آمریکا و
آمریکای لاتین تاگزیر از پرداخت بهای اجتماعی
سنگینی شدند.

دهه ۱۹۹۰ چالش جبران زیانهای وارده شده به
فرایند توسعه انسانی در بسیاری از کشورهای در
حال توسعه و شتاب بخشیدن به روند دستیابی به
هدفهای انسانی اساسی تا سال ۲۰۰۰ را پیش رو
قرار داده است. پاسخ به این چالش مستلزم بسیج

منابع داخلی و بین المللی فزونتری خواهد بود و
همچنین در بسیار موارد تغییرات عمدهای را در
لوازشهای بودجهای ایجاد خواهد کرد. آنچه بیش
از همه مورد نیاز است کامتن از هزینههای نظامی و
هزینههای است که در ارتباط با جنگهای عمومی
ناکارآمد و سوسیندهای اجتماعی معطوف به
آماجهای نادرست به عمل می آید. برقراری
چارچوبی توانبخش برای توسعه میشنی بر پایههای
گستردهتر، بیکدر فرایند تنظیم و مدیریت
سیاستهای کلان اقتصادی و افزایش مشارکت
مردمی و ابتکار خصوصی را ضرورت می بخشد.

در زیر عملکرد توسعه انسانی در جهان در
حال توسعه از سال ۱۹۹۰ تا کنون از نظر
می گذرد. در بخش پاهائی نیز برخی مشکلات
انسانی که هم کشورهای توسعه یافته و هم
کشورهای در حال توسعه با آن روبروینده مورد
بررسی قرار خواهد گرفت. بحث پیش روی جای
جای تأکید بر این حکم بنیادین گزارش حاضر
دارد که در آمد به تنهایی نمی تواند پاسخی برای
توسعه انسانی باشد.

شکل ۱-۲ نابرابریهای بین کشورهای در حال توسعه و کشورهای صنعتی

موسط جنوب به عنوان درصدی از متوسط شمال



جدول ۱-۲. امید به زندگی، ۱۹۸۷-۱۹۹۰

امید به زندگی (سال)	نرخ سالانه کاهش لاصحه (درصد)	۱۹۸۷-۸۶
		سرعتین پیشرفت
۷۶	هنگ کنگ	۱/۱۱
۷۵	کستاریکا	۱/۵۵
۷۴	جاماییکا	۱/۳۳
۷۳	سنگاپور	۱/۰۶
۷۳	کویت	۱
۷۲	پاناما	۳/۱۳
۷۲	شیلی	۳/۷۰
۷۱	اروگوئه	۳/۴۸
۷۱	امارات متحده عربی	۳/۴۳
۷۱	سریلانکا	۳/۳۸
		کمترین پیشرفت، در میان کشورهای دارای امید به زندگی کمتر از ۶۰ سال
۴۲	سیرالئون	۰/۵۷
۴۲	آبیری	۰/۷۸
۴۲	افغانستان	۰/۷۹
۴۳	گینه	۰/۸۰
۴۵	مالی	۰/۸۱
۴۵	آنگولا	۰/۸۴
۴۵	نجر	۰/۸۵
۴۶	جمهوری آفریقای مرکزی	۰/۸۸
۴۶	جمهوری آفریقای مرکزی	۰/۹۰
۴۶	چاد	۰/۹۱
۱۹۸۷	۱۹۹۰	
۷۲	۶۶	جنوب ۲/۳۳
۷۴	۶۱	شمال ۲/۲۲
		جنوب به عنوان درصدی
۸۴	۶۷	از شمال

گسترش تواناییهای انسانی

اجزای کلیدی توسعه انسانی - امید به زندگی، باسوادای و درآمد پایه‌ای - نقطه آغاز این بازبینی شکل‌گیری تواناییهای انسانی می‌باشند. در اینجا درآمد پایه‌ای به عنوان شاخص نماینده‌ای برای دسترسی به منابع لازم جهت سطح معاشی آبرومندان به کار رفته است. پارامتر عوامل کشک کننده عمده به ویژه دسترسی مردم به غذا و خدمات اجتماعی مانند آب، آموزش و پرورش و مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیز ضمن این بازبینی مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

امید به زندگی

از سال ۱۹۹۰ تا کنون، امید به زندگی در کشورهای در حال توسعه به طور متوسط به یک سوم افزایش یافته و از ۱۶ سال به ۶۲ سال رسیده است. لیکن افزایش متوسط مدت کار تفاوتی بین منطقه‌ای و بین کشوری مهمی را از نظر می‌پوشاند. متوسط امید به زندگی آمریکا با طیف تفاوتی از ۱۲ سال در آسیای جنوبی و سیرالئون تا ۶۶ سال در موزمبیق، تنها ۵۱ سال است. متوسط مربوط به آسیا ۶۴ سال است که افزایشی از ۱۷ سال به ۷۰ سال در چین را طی سه دهه گذشت باز می‌تاباند. امید به زندگی متوسط در آمریکای لاتین ۶۷ سال است که به متوسط کشورهای صنعتی در سال ۱۹۹۰ یعنی ۶۹ سال نزدیک است. از بین کشورهای آمریکای لاتین و منطقه کاریب ۹ کشور جزو ۱۸ کشور در حال توسعه‌ای هستند که هم اینک امید به زندگی معادل ۷۰ سال دارند.

امید به زندگی عموماً همبستگی نزدیکی با درآمد کشورها دارند اما استثناهای مهمی نشان می‌دهد که حتی با وجود درآمدهای اندک نیز می‌توان موفقیت‌های چشمگیری در زمینه امید به زندگی حاصل کرد. سریلانکا (با درآمد سرانه‌ای معادل ۱۰۰ دلار) از امید به زندگی بالغ بر ۷۰ سال برخوردار است که با امید به زندگی در

جمهوری کره (درآمد سرانه ۲۹۹۰ دلار) و نروژ (درآمد سرانه ۳۳۴۰ دلار) و امارات متحده عربی (درآمد سرانه ۱۵۸۳ دلار) همسطح است. پیشرفت‌های سریع در بهداشت و تغذیه بود که این موفقیت‌های استثنایی را امکان‌پذیر ساخت.

شکل ۲-۲ روندهای امید به زندگی



تا نیمه دهه ۱۹۷۰، امید به زندگی متوسط در کشورهای کم درآمد، در مقایسه با کشورهای میان درآمد و بالاتر آن، سه بار سریعتر افزایش می‌یافت، لیکن از آن زمان تا کنون این افزایش تنها به میزان اندکی سریعتر بوده است. در نتیجه، فاصله امید به زندگی بین کم‌توسعه‌ترین کشورها و کشورهای در حال توسعه به طور کلی، از ۷ سال به ۱۲ سال گسترش پیدا کرده است.

پیشرفت در کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ ساله، به ویژه اشغال، در دستیابی به امید به زندگی بالاتر تأثیر بسزایی داشته است. کشورهای در حال توسعه موفق شدند نرخ مرگ و میر خودسالان (زیر یک سال) خود را از ۲۰۰ مرگ در ۱۰۰۰ ولادت زنده در سال ۱۹۶۰ به ۷۱ مرگ در سال ۱۹۸۸ کاهش دهند و در همین مدت نرخ مرگ و میر کودکان (زیر ۵ سال) آنها از ۲۱۳ مرگ در ۱۰۰۰ به ۱۲۱ مرگ تنزل یافت.

جدول ۲-۲. نرخ مرگ و میر خردسالان، ۱۹۶۰-۱۹۸۸

نرخ مرگ و میر خردسالان (در هر ۱۰۰۰ ولادت زنده)		نرخ سالانه کاهش فاصله (درصد)	
۱۹۸۸	۱۹۶۰	۱۹۸۸	۱۹۶۰
پایینترین نرخ مرگ و میر خردسالان		سردهترین پیشرفت	
۸	هندک کنگ	۶/۲۰	شیلی
۹	سنگاپور	۶/۰۹	امارات متحده عربی
۱۸	کستاریکا	۵/۹۱	هندک کنگ
۱۸	جامایکا	۵/۵۸	عمان
۱۹	کویت	۵/۱۸	چین
۱۹	شیلی	۵/۳۷	کویت
۲۰	ترینیداد و توباگو	۵/۳۵	کستاریکا
۲۲	مارشیز	۴/۸۳	سنگاپور
۲۳	پاناما	۴/۴۲	جمهوری کره
۲۴	مالزی	۴/۳۲	جامایکا
بالاترین نرخ مرگ و میر خردسالان		کندترین پیشرفت	
۱۷۲	موزامبیک	۰/۳۵	موزامبیک
۱۷۲	آنکولا	۰/۴۸	اتیوپی
۱۷۱	افغانستان	۰/۵۰	کامبوج
۱۶۸	مالی	۰/۶۷	رواندا
۱۵۳	سیرالئون	۰/۶۸	آنکولا
۱۵۳	اتیوپی	۰/۷۹	مالی
۱۴۹	مالاوی	۰/۸۱	افغانستان
۱۴۶	گیت	۰/۹۴	اوگاندا
۱۳۷	بورکینافاسو	۰/۹۹	بنگلادش
۱۳۴	نیجر	۱/۰۳	سومالی
۱۹۸۸	۱۹۶۰		
۸۱	۱۵۰	جنوب	جنوب
۱۵	۳۶	شمال	شمال
		جنوب به عنوان درصدی	
۹۳	۸۸	از شمال (یقا)	

برخی کشورهای، به رغم درآمدهایی اندک، به‌ویژه موفق بوده‌اند. در سال ۱۹۸۸ نرخ مرگ و میر کودکان در جامائیکا، در مقایسه با نرخ معادل ۸۵ در بوزیل که از درآمد سرانه‌ی بیش از دو برابر آن برخوردار است، از ۲۲ تجاوز نمی‌کرد. همین‌طور، موریشوس با کاهش مرگ و میر کودکان از سال ۱۹۹۰ تا کنون از ۱-۱ در هزار به ۲۹ در هزار - عملکردی بسیار بهتر از عملکرد کشورهای مانند گابن و آفریقای جنوبی که درآمد سرانه‌شان به میزان قابل ملاحظه‌ای بالاتر است - به پایینترین نرخهای مرگ و میر کودکان در آفریقا دست یافته‌است. برخی کشورهای در حال توسعه دارای پایینترین نرخهای مرگ و میر خردسالان در سال ۱۹۸۸ - هنگ کنگ، کستاریکا، کویت و شپن - نیز در زمره کشورهای هستند که در فاصله سالهای ۱۹۶۰ و ۱۹۸۸ به سریعترین کاهش نرخهای مرگ و میر اطفال نایل آمدند.

شکل ۳.۲ روندهای مرگ و میر خردسالان



باساوی

بهبودهای سریع در زمینه آموزش و پرورش توانایی مردم به خواندن و نوشتن را در کشورهای در حال توسعه به شدت افزایش داده‌است. نرخ باسواوی برای مردان از ۵۳ درصد در سال ۱۹۷۰ به ۷۱ درصد در نیمه اول دهه ۱۹۸۰ صعود کرد. گرچه در سال ۱۹۸۵ نرخ باسواوی زنان هنوز از ۵۰

درصد تجاوز نمی‌کرد، مع‌هذا نرخهای ثبت نام برای دختران بسیار سریعتر از نرخهای مربوط به پسران افزایش می‌یافته که خود نشان دهنده گسترش است.

چندین کشور در حال توسعه هم اینک از نرخهای باسواوی بزرگسالانی بالاتر از ۹۰ درصد برخوردارند که با نرخهای مربوط به بسیاری از کشورهای صنعتی قابل مقایسه است. به رغم موفقیت‌های از این دست، برخی از پرجمعیت‌ترین کشورها مانند هند، بنگلادش و پاکستان از پایت کاهش باسواوی وسیع در میان مردم بسیار کند عمل کرده‌اند. آفریقای جنوب صحرا در باب باسواوی بزرگسالان پیشرفت به‌ویژه سریعی را شاهد بوده‌است، اما از آنجا که این منطقه حرکت خود را از سطح بسیار نازکی آغاز کرده، نرخ باسواوی متوسط ۴۸ درصد آن در سال ۱۹۸۵ هنوز از متوسط ۹۰ درصد برای کلی جهان در حال توسعه فاصله‌ی بسیار داشت. کنای کم درآمد در زمینه توسعه آموزش ابتدایی همگانی خود به پیشرفت خیره‌کننده‌ای دست یافت و نرخ باسواوی خود را از ۳۲ درصد در سال ۱۹۷۰ به ۹۰ درصد در سال ۱۹۸۵ افزایش داد.

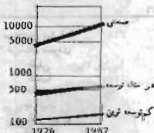
نرخهای باسواوی آمریکای لاتین با صعود از ۷۲ درصد در سال ۱۹۷۰ به ۸۳ درصد در سال ۱۹۸۵، همچنان پیشاپیش نرخهای مربوط به کلی کشورهای در حال توسعه قرار دارد. نرخهای باسواوی آسیا، با افزایش از ۴۱ درصد به ۵۹ درصد از متوسط کشورهای در حال توسعه اندکی پایینتر است. نرخهای مربوط به چهار کشور آسیای جنوبی یعنی بنگلادش (۳۳ درصد)، پاکستان (۳۰ درصد)، نیپال (۳۹ درصد) و افغانستان (۲۴ درصد)، پایین بودن متوسط مربوط به این منطقه را موجب گشته‌است. در سال ۱۹۸۵ نرخ باسواوی آسیای جنوبی از ۴۱ درصد یعنی پایینترین نرخ در میان نرخهای منطقه‌ای، تجاوز نمی‌کرد.

جدول ۲-۳. نرخ باسوادی بزرگسالان، ۱۹۷۰-۱۹۸۵

نرخ باسوادی بزرگسالان (درصد) ۱۹۸۵	نرخ سالانه کاهش فاصله (درصد) ۱۹۷۰-۸۵		
		سرمتربین پیشرفت	
۶۸	۱۱/۲۶	عراق	
۶۶	۱۰/۷۱	شیلی	
۶۶	۶/۲۹	مکزیک	
۶۵	۵/۱۸	تایلند	
۶۳	۱/۸۶	اردن	
۶۳	۱/۷۰	بوتسوانا	
۶۱	۱/۵۲	ترینیداد و توباگو	
۶۰	۱/۴۸	زامبیا	
۸۹	۱/۱۱	پرو	
۸۹	۱/۲۷	ونزوئلا	
		کمترین پیشرفت، بین کشورهای دارای نرخ باسوادی بزرگسالان کمتر از ۵۰ درصد	
		پایینترین نرخ باسوادی	
۱۲	۰/۴۲	بورکینافاسو	
۱۱	۰/۵۴	سودان	
۱۱	۰/۶۷	سومالی	
۱۷	۰/۷۳	مالی	
۱۷	۰/۷۳	موریتانیا	
۲۳	۰/۸۴	بنگلادش	
۲۴	۰/۸۱	پاکستان	
۲۵	۰/۹۹	بنین	
۲۵	۰/۹۷	هند	
۲۶	۱/۰۷	نیپال	
۱۹۸۵	۱۹۷۰		
۶۰	۴۳	جنوب	۲/۳۳
--	--	شمال	--
		جنوب به عنوان درصدی از شمال	
--	--		

سالتهای معادل ۲/۱ درصد همراه بوده‌است. آمریکای لاتین به دلیل مشکلات باینار خود در ارتباط با بدهی خارجی از رشد درآمد سرانه سالتهای بالغ بر ۳/۸ درصد در دوره ۱۹۶۵-۸۰ به کاهش سالتهای معادل ۰/۷ درصد در طول دهه ۱۹۸۰ فرو افتاد.

شکل ۲-۵ روندهای محصول ناخالص ملی سرانه



در ارتباط با توسعه انسانی، توزیع محصول ناخالص ملی همان قدر اهمیت دارد که رشد آن. یکی از معیارهای توزیع درآمد ضریب جینی است که نابرابری را بر حسب درصدای درآمدی که هر صدگی از جمعیت به دست می‌آورند، می‌نماید. چنانچه یک درصد از درآمد به هر صدگی از جمعیت تعلق گیرد، در آن صورت هیچ نابرابری در بین نیست و ضریب جینی صفر است. اگر تنها یک صدک از جمعیت همه درآمد را به دست آورند، ضریب جینی ۱ است و نابرابری در اوج خود قرار دارد. در ۹ کشور از ۲۸ کشور در حال توسعه، که ضریب جینی مربوط به آنها در دست است، ضریب معکوس به ۰/۵۰ یا بیشتر می‌رسد که نمایانگر آن است که بخش بسیار کوچکی از جمعیت این کشورها، سهم بسیار بزرگی از درآمد را تصاحب می‌کنند.

درآمد سرانه فقیرترین ۲۰ درصد جمعیت در مقایسه با فقیرترین ۲۰ درصد، شاخص دیگری از

تخریب باسواد متوسط کم توسعه‌ترین کشورها تنها ۳۷ درصد است. در این رابطه نیز همانند سایر شاخصهای توسعه انسانی، شکاف میان عملکرد آنها و عملکرد کشورهای در حال توسعه به طور کلی در حال گسترش است. فاصله بین این دو گروه از جهت میزان باسوادی از ۱۸ درصد در سال ۱۹۷۰ به ۲۳ درصد در سال ۱۹۸۵ افزایش یافت.

احتیاج زیادی هست که تعداد جمعیت بیسواد در حال توسعه که در سال ۱۹۸۵ اندکی پایینتر از ۱۰۰ میلیون بوده تا پایان قرن به یک میلیارد افزایش یابد. سه چهارم این جمعیت در پنج کشور از هر جمعیت‌ترین کشورهای آسیایی یعنی هند، چین، پاکستان، بنگلادش و اندونزی به سر می‌برسد. از این روی، هر میزانهای علیه بیسوادی جهانی می‌باید بر این کشورها تمرکز یابد.

شکل ۲-۱۰ روندهای باسوادی بزرگسالان



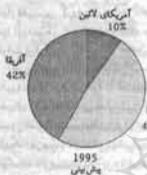
درآمد

بین سالهای ۱۹۶۵ و ۱۹۸۰، رشد درآمد سرانه که در بهنگرد فرایند توسعه انسانی یکی از عناصر حساس به شمار می‌رود، برای همه مناطق در حال توسعه به طور متوسط سالانه ۲/۱ درصد بود. در سالهای ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۵، این روند به شدت از هم پاشید. در فاصله سالهای ۱۹۶۵ و ۱۹۸۰، رشد درآمد سرانه آمریکای جنوب، محضاً سالانه فقط ۱/۸ درصد بود، لکن از آن زمان تا کنون با کاهش

جدول ۲-۴. دسترسی به آب سالم، ۱۹۷۵-۸۶

درصد دارای دسترسی به آب سالم	درصد دارای دسترسی به آب سالم	نرخ سالانه کاهش فاصله (درصد)	نرخ سالانه کاهش فاصله (درصد)
۱۹۸۶	۱۹۷۵-۸۶	۱۹۷۵-۸۶	۱۹۷۵-۸۶
۱۰۰	بیشترین پیشرفت	۲۰/۲۲	سرهمترین پیشرفت
۱۰۰	ماریتوس	۱۳/۶۱	عربستان سعودی
۹۸	سنگاپور	۱۲/۷۸	شیلی
۹۷	توزینداد و توپاگو	۱۲/۰۹	کلمبیا
۹۶	عربستان سعودی	۱۰/۷۶	مالزی
۹۶	جامایکا	۱۰/۷۶	جامایکا
۹۶	اردن	۹/۸۰	توزینداد و توپاگو
۹۴	شیلی	۸/۳۷	کستاریکا
۹۳	لبنان	۷/۹	عراق
۹۲	کلمبیا	۶/۴۵	بورکینافاسو
۹۱	کستاریکا		تایلند
	کمترین دسترسی		کمترین پیشرفت
۳	کاسوج	-۱/۱۴	رواندا
۱۶	اتیوپی	-۳/۰۵	الجزایر
۱۶	موزامبیک	-۲/۳۷	آرژانتین
۱۷	مالی	-۲/۲۳	کنگو
۱۹	گینه	-۱/۱۱	اوگاندا
۱۹	ساحل عاج	-۱/۸۸	بنگلادش
۲۰	اوگاندا	-۰/۵۷	سومالی
۲۱	افغانستان	-۰/۱۹	السالوادور
۲۱	سودان	-۰/۱۵	گواتمالا
۲۱	کنگو	-۰/۵۲	نیکاراگوئه
۱۹۸۶	۱۹۷۵		
۵۵	۳۵	جنوب ۳/۲۹	جنوب
...	...	شمال ...	شمال
...	...	جنوب به عنوان درصدی	
...	...	از شمال	

شکل ۲-۲ فقر مطلق به تفکیک منطقه



نابرابری است. در ۱۲ کشور از ۲۳ کشور در حال توسعه‌ای که چنین مقایسه‌ای در آنها صورت گرفته است، درآمد غنیشترین گروه در مقایسه با فقیرترین گروه ۱۵ برابر یا بیشتر بوده‌است.

در ارتباط با اقتصادهایی که عنصر غالب در آنها کشاورزی است، شاخص توزیع دیگری نیز وجود دارد که عبارت است از تمرکز مالکیت زمین که در آمریکای لاتین وضع به شست نامتناه‌ی دارد. از ۱۷ کشوری که مورد بررسی واقع شده‌اند، ۱۰ کشور شاخصهای تمرکز زمینی (ضرایب جینی) بالاتر از ۰/۸ و ۵ کشور شاخصهایی بین ۰/۷ و ۰/۸ نشان می‌دهند. سازمان خواربار و کشاورزی ملل متحد برآورد کرده است که حدود ۳۰ میلیون خانوار کشاورزی هیچ زمین در مالکیت خود ندارند و ۱۳۰ میلیون خانوار دیگر که دو سوم آنها در آسیا زندگی می‌کنند، تقریباً فاقد زمینند.

در بسیاری از برآوردهای فقر در کشورهای در حال توسعه، رقم درآمد لازم برای برآورد حداقل نیازهای غذایی مورد استفاده بوده و بدین ترتیب فقر مطلق اندازه‌گیری شده‌است. مع‌هذا، داده‌های کشوری اندک است و همیشه قابل مقایسه نمی‌باشد. اطلاعات موجود نشان دهنده آن است که در فاصله سالهای ۱۹۷۰ و ۱۹۸۵ در درصد مردمی که در فقر مطلق به سر می‌برند، کاهش کلی صورت گرفته است. لیکن به دلیل رشد جمعیت، شماره مطلق فقرا در همین مدت حدوداً به میزان یک پنجم افزایش پیدا کرده‌است. در سال ۱۹۸۵ بیش از یک میلیارد نفر در جهان سوم در دام فقر مطلق اسیر بودند.

در سال ۱۹۷۰ در آمریکای لاتین بیش از ۱۱۰ میلیون نفر، یعنی حدود ۱۰ درصد جمعیت، در فقر می‌زیستند که یک چهارم از آنها به غایت فقیر بودند. پانزده سال بعد، نزدیک به ۱۵۰ میلیون نفر، یعنی بیش از یک سوم جمعیت، عمدتاً بر اثر رکود اقتصادی دهه ۱۹۸۰ هنوز فقیر بودند. رواج

فقر به این صورت در آمریکای لاتین، به رغم درآمد متوسط بالای آن، ناشی از توزیع نامکفی درآمد در بسیاری از کشورهاست. برای مثال، در سال ۱۹۸۷، محصول ناخالص ملی سرانه برزیل به ۲۰۲ دلار بالغ می‌شده لیکن ۱۰ درصد زیرین برزیلیها تنها ۷ درصد در درآمد خانوار را به دست می‌آورند. در حالی که ۷۰ درصد زیرین خانوارهای روستایی فاقد زمین و با تقریباً فاقد زمینند، ۲ درصد زمین‌داران بالا کنترل ۶۰ درصد از اراضی قابل کشت را در اختیار دارند.

در مورد آفریقا سازمان بین‌المللی کار برآورد کرده‌است که تعداد فقرا در یک دوره پنج‌ساله از سال ۱۹۸۰ تا سال ۱۹۸۵ به بیش از ۲۷۰ میلیون نفر، یعنی حدود نصف کل جمعیت کل آن قاره، افزایش یافت. چنانچه اقدامی در جهت بازگرداندن

این روند منحوس صورت نگیرد، تا سال ۱۹۹۵ نزدیک به ۱۰۰ میلیون نفر در آفریقا در نهایت فقر به سر خواهند برد.

در آسیا، گرچه درصد مردم فقیر در حال کاهش است، مع هذا بیشترین تعداد فقرای جهان، یعنی ۷۵۰ میلیون، هنوز در آنجا زندگی می کنند. در بنگلادش (کشوری که ۸۰ درصد جمعیت آن فقیرند)، نپال، هند و جمهوری دموکراتیک لائوس فقر گسترده ای وجود دارد. سالهای دهه ۱۹۸۰ از این بابت برای برخی کشورها به ویژه سالهای سختی بوده است. در سریلانکا و بنگلادش سهم هر آید خانوار فقیرترین گروه های درآمد کاهش یافت. با وجود این، برخی اقتصادهای آسیای جنوب شرقی پیشرفت شگرفی در کاهش فقر حاصل کرده اند.

فقر به هیچ عنوان مشکلی نیست که تنها کشورهای در حال توسعه با آن رویارو باشند و نواحی رشد اقتصادی مداوم نیز کاهش آن را تضمین نمی کند. برای مثال، در ایالات متحده آمریکا، در پی ۲۰۰ ساله پیشرفت اقتصادی، نزدیک به ۳۲ میلیون نفر یا ۱۳ درصد جمعیت، هنوز زیر خط فقر رسمی قرار دارند.

فسترسو به کالاهای و خدمات اساسی

اینکه مردم تا چه حد بتوانند تواناییهای خود را بهبود بخشند، تا حدود فراوانی به میزان دسترسی آنها به کالاهای و خدمات اساسی بستگی دارد.

غذا - در امر تولید غذا و عرضه کالاهای ضروریات اساسی جهان بهبودی عمومی حاصل شده است. عرضه روزانه کالری در جهان در حال توسعه، در

۹۰ درصد مجموع نیازمندیها در سال ۱۹۶۵ به ۱۰۷ درصد آن در سال ۱۹۸۵ ارتقا یافته است. تأیید این شاهده داده های مرتبط با تولید مواد غذایی حدوداً ۲۰ درصد افزایش در عرضه متوسط کالری را بین سالهای ۱۹۶۵ و ۱۹۸۵ نشان می دهند.

گندشیرین پیشرفت از آن کشورهایی است که غیرمستقیم احتیاج به غذا را دارند. در ارتباط با

فقیرترین کشورهای عرضه روزانه کالری در فاصله سالهای مذکور از ۸۷ درصد کل نیازمندیها تنها به ۸۱ درصد آن افزایش یافت.

از بابت عرضه روزانه کالری، نابرابریهای منطقه ای شدیدی وجود دارد. از بین ۳۴ کشور آفریقای که اطلاعات مربوط به آنها در دست است، ۱۶ کشور کاهشهایی در عرضه سرانه کالری خود تجربه کردند و این در حالی است که ارقام مربوط به گان، نیجر و دورینوس افزایش متداول ۱۵ درصد و با پیشرو را نشان می دهد. بیشترین پیشرفت در خاورمیانه و آسیا حاصل شد که به ترتیب به افزایشهایی معادل ۳۰ درصد و ۲۳ درصد در عرضه سرانه کالری نایل آمدند.

برآوردهای مربوط به گرسنگی در سطح جهانی متغیر است. طبق برآورد شورای جهانی غذا، در سالهای میانی دهه ۱۹۸۰ بیش از نیم میلیارد نفر دچار گرسنگی بودند. در سال ۱۹۸۰، بانک جهانی، ضمن مطالعه ای از وضع ۸۷ کشور در حال توسعه با مجموعاً ۲/۱ میلیارد جمعیت، رقم تقریباً چهار کم غذایی، یعنی گرسنگی را که کالری کافی برای یک زندگی کالری قابل تحمل از غذای ضروری خود دریافت نمی دارند، ۷۳۰ میلیون نفر برآورد کرد. با ۸ میلیون نفری که گفته می شود در طول سالهای دهه ۱۹۸۰ هر ساله به حدود گرسنگان می یوستند، این رقم به طور مداوم در حال رشد بوده است. در جهان سوم، امروزه گرسنگی شاید زندگی حدود ۵۰۰ میلیون نفر را در معرض کم رشدی قرار داده باشد.

از میان گرسنگان کشورهای در حال توسعه دو سوم در آسیا و یک چهارم در آمریکا زندگی می کنند. شمار نوزادان دچار کمبودی در زمان ولادت در مناطق مختلف، که از آن بین برخی از بالاترین ارقام متعلق به آسیاست، این نحوه توزیع را منعکس می سازد.

بدین ترتیب حصول اطمینان از افزایشهای

سرهمی در تولید مواد غذایی، به ویژه در آفریقا و نیز از تولید صحیح آذوقه به نحوی که برنامه‌های غذایی مطلوب به فقیرترین و آسیب‌پذیرترین گروهها به عنوان اقدامات تکمیلی مدنظر باشد، چالش‌های برای سالهای ۱۹۹۰ به شمار می‌رود.

وضع شاخصی دارند. مع‌هذا، به طور متوسط تنها ۶۱ درصد مردم در کشورهای در حال توسعه اینک از دسترسی به مراقبت بهداشتی اولیه برخوردارند. ارقام مربوط به کم‌نوسانترین کشورها و آفریقای جنوب صحرا در این زمینه به ترتیب از ۱۶ و ۱۵ درصد تجاوز نمی‌کند.

شکل ۷-۲ روندهای تغذیه درصد کالری مورد نیاز



شکل ۷-۳ دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی، ۱۹۸۶



طبق هر معیاری که بسنجیم، از نظر دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، آفریقا بدترین وضع را دارد. در آمریکا لاتین که بیشترین تعداد پزشک و پرستار برای هر نفر در جهان در حال توسعه را داراست، تنها ۶۱ درصد از مردم از دسترسی به خدمات بهداشتی برخوردارند که به میزان قابل ملاحظه‌ای از متوسط‌های مربوط به آسیا، شمال آمریکا و خاورمیانه پایینتر است.

خدمات بهداشتی - درمانی - دسترسی آسان و در حد استطاعت به خدمات بهداشتی، برای توسعه‌ی انسانی اهمیتی حیاتی دارد. اکثر کشورها اطلاعات مربوط به درصد مردم برخوردار از دسترسی سهل به خدمات بهداشتی و تعداد پزشکان و پرستاران را جمع‌آوری می‌کنند. اما اطلاعاتی از این‌جست به معنای دسترسی بالفعل مردم به خدمات بهداشتی نیست. پزشکان ممکن است در مناطق شهری متمرکز یافت و امکانات در زمینه‌های درمانی پیشرفته و گران‌قیمت‌ها پیدا کرده باشند. از سوی دیگر ممکن است مردم در همین نزدیکی به خدمات بهداشتی و درمانی، از جمله هزینه‌های مربوطه، برنایابند. به رغم محدودیت فعلی اطلاعات موجود، نتیجه‌گیری کلی چندی امکانپذیر است.

به عنوان نمونه‌ای از پیشرفت به دست آمده در خاورمیانه و شمال آفریقا، اکنون تعداد پزشک به نسبت افراد در کویت، بیش از نسبت مربوط به کشور سوئیس است. لکن نرخ مرگ و میر اطفال در کویت هنوز چهار برابر نرخ مربوط به سوئیس و تأییدی بر این استدلال است که صرف وجود پزشک سلامت جامعه را تضمین نمی‌کند. آب و بهداشت محیط - پیشرفت در زمینه آب و بهداشت محیط عموماً نسبتاً کندتر از پیشرفت در زمینه درمان بوده و بهداشت محیط پیشرفتی کندتر

در طول دهه ۱۹۸۰، چندین کشور در حال توسعه به تحقق هدف تأمین مراقبت بهداشتی اولیه برای همه مردم نزدیک شدند. همچنین بسیاری از آسیا - برای مثال جمهوری کومره گسترده‌ای، جامائیکا، تونس و اردن - از پایت امید به زندگی

تسهيلات مناسبی دسترسی داشته.

شکل ۲-۹ روند های دسترسی به آب سالم



آموزش و پرورش. به رغم رشد سریع جمعیت، افزایش تعداد ثبت نام کنندگان در بسیاری از کشورهای در حال توسعه چشمگیر بوده است. در سال ۱۹۸۷، بیش از ۸۰ درصد از کودکان گروه سنی دوره ابتدایی در مدارس ابتدایی ثبت نام کرده بودند و چندین کشور در حال توسعه به هدف آموزش ابتدایی همگانی نزدیک شده اند.

در این باب، پیشرفت در همه مناطق قابل توجه بوده است، نه رغم رکود اقتصادی و رشد سریع جمعیت، در آفریقا اکنون نیمی از کودکان گروه سنی ابتدایی و متوسطه در مدرسه حضور پیدا می کنند. در آسیا، خاورمیانه و آفریقای شمالی نیز با گذشتن نسبی نسبت نام ابتدایی خالص برای پسران از مرز ۸۰ درصد، روندهای صعودی متفاوتی مشهود است. مع هفا، میزان نازل ثبت نام برای دختران، عدم شادابی که می باید در چارچوب برنامه های آموزشی آتی جبران شود، جلوی پیشرفت باز هم بیشتر را گرفته است. در سال ۱۹۸۵، در آمریکای لاتین و منطقه کارابیب، نسبت ثبت نام ابتدایی خالص به ۷۵ درصد رسید که مشارکت پسران و دختران در آن برابر بود.

کشورهای در حال توسعه در ارتباط با آموزش متوسطه و عالی تجربه گوناگونی داشته اند. در

از آب داشته است. در سال ۱۹۸۶، بیش از نیمی از جمعیت کشورهای در حال توسعه، در مقایسه با ۳۵ درصد در سال ۱۹۷۵، از دسترسی به آب سالم برخوردار بودند. در کشورهایی که از این بابت بهترین عملکرد را داشته اند، عملاً همه افراد به آب سالم دسترسی دارند. مع هفا، در ارتسباط با کم توسعه ترین کشورها، افزایش مربوطه تنها به ۱ درصد بالغ می شد و در این کشورها فقط یک سوم مردم برای آب آشامیدنی منیمی در دسترس دارند. آمریکای لاتین با تأمین دسترسی به آب سالم در فاصله سالهای ۸۷-۱۹۸۰ برای تقریباً سه چهارم جمعیت خود، پیشرفت عمومی خوبی داشته است. در این زمینه، شیلی و نروینید با استانیادهای کشورهای پیشرفت دست یافته اند.

پیشرفت در زمینه دسترسی به آب سالم در خاورمیانه و آفریقای شمالی نیز چشمگیر بوده است. در این دو منطقه چندین کشور از دسترسی بیش از ۹۰ درصد مردم به آب سالم خبر می دهند و این دسترسی فقط در سودان و جمهوری عربی یمن برای کمتر از نصف جمعیت فراهم است.

بین سالهای ۱۹۷۵ و ۱۹۸۵، آسیا با تأمین آب سالم برای بیش از نصف جمعیت، در مقایسه با کمتر از یک سوم، پیشرفت خوبی حاصل کرد. لکن در بتگلادش میزان دسترسی به آب سالم از سال ۱۹۷۵ تا اکنون ۱۰ درصد کاهش پیدا کرده است.

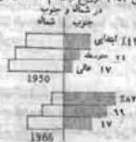
کمترین پیشرفت در این زمینه را در آفریقا می بینیم. در یک سوم از کشورهایی که اطلاعات جاری مربوط به آنها در دست است، میزان دسترسی به آب سالم کاهش یافت و در هشت کشور آفریقای کمتر از یک پنجم جمعیت به آب سالم دسترسی دارند.

در ارتباط با بهداشت محیط در نیمه دوم دهه ۱۹۸۰، حدود یک سوم جمعیت جنوب به

آسیای شرقی و جنوب شرقی، نسبتهای نسبتاً نام متوسطه در کشورهایی که به تازگی در مسیر صنعتی شدن قرار گرفته‌اند، هم برای پسران و هم برای دختران به ۱۰ درصد افزایش باشد. شدت نام در دوره‌های نیز از افزایش قابل توجهی برخوردار بود. در زمینه آموزش عالی، برخی کشورهای آمریکای لاتین حتی از کشورهای تازه صنعتی شده آسیا و حتی از پاره‌ای کشورهای صنعتی قدیم - نیز پیشی گرفتند. در مقابل، در کم‌نوسه‌ترین کشورها، نسبت نام در دوره‌هایی از ۱ درصد برای دختران و ۱ درصد برای پسران تجاوز نمی‌کند و حکایت از فاصله‌ای دارد که اینان باید در طول چند دهه آینده برای رسیدن به دیگران بربایند.

توزیع جهانی آموزش و پرورش پایه‌ای از سال ۱۹۶۰ تا کنون به شدت تغییر یافته است. اینک شمار دانش آموزان جنوب در آموزش ابتدایی بیش از چهار برابر شمال (۱۸۰ میلیون در برابر ۱۰۵ میلیون) و تعداد دانش آموزان سطح متوسطه آن حدوداً دو برابر شمال (۱۶۰ میلیون در مقابل ۸۷ میلیون) است. لکن در زمینه آموزش عالی و نیز در علوم و تکنولوژی، جنوب هنوز راه درازی در پیش دارد تا به شمال برسد. همچنین، جنوب باید کیفیت و ارتباط موضوعی دانش آموزان خود را بهبود بخشد، زمینه‌ای که طی سه دهه گذشته تنها جزئی از کار زیربنایی در آن صورت گرفت است.

شکل ۱۰۰۲ توزیع نسبت نام کنندگان در دوره



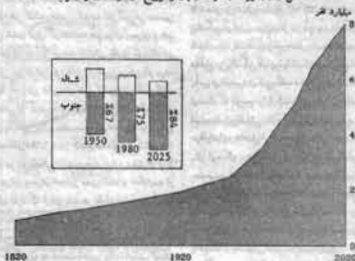
تقسیم منابع گمبای بین تعدادی روزه افزایش با دسترس مبلونها نقر به کلاها و خدمات بهتر، زندگی برای بسیاری از مردم جهان خوشایندتر شده‌است. مع‌هذا، رنج محرومیت شده‌ای که در مقابل بر زندگی مبلونها انسان مستولی است، ماهه پاس و دلسردی می‌باشد، لکن، این بدان معنی نیست که توسعه با شکست رویه‌ی شده‌است، بلکه اشاره به این معنی دارد که رشد جمعیت بخشی از موفقیت‌های حاصل از توسعه را خشی نمود‌است.

از سال ۱۹۶۰ تا کنون، دو میلیارد نفر به جمعیت جهان پیوسته و مجموع آن را اینک به بیش از ۵ میلیارد رسانده‌اند. بخش اعظم این رشد جمعیت در کشورهای در حال توسعه که جمعیتشان به دو برابر رسیده است، واقع شده است و این روند تا معدها به احتمال فاده خواهد داشت.

انتظار می‌رود که بین سالهای ۱۹۸۸ و ۲۰۰۰ رشد کلی جمعیت کشورهای در حال توسعه از ۲/۳ درصد رشد سالانه در فاصله سالهای ۱۹۶۰ و ۱۹۸۸ به ۲ درصد در سال کاهش یابد. اما بعضی از مناطق جهان به کاهش رشد اندکی در همین حد نیز دست نخواهند یافت. پیش‌بینی می‌شود که در فاصله اکتون تا سال ۲۰۰۰ جمعیت آمریکا با نرخ معادل ۳/۱ درصد در سال و جمعیت کم‌ترسعه‌ترین کشورها با نرخ برابر ۲/۸ درصد در سال به رشد خود ادامه دهد. پیش‌بینی می‌شود که سهم کشورهای در حال توسعه از جمعیت جهان که اینک ۷۷ درصد است، تا سال ۲۰۰۰ به ۸۰ درصد و در سال ۲۰۲۵ به ۸۶ درصد افزایش یابد.

بدین ترتیب، برای اکثر کشورهای در حال توسعه، توسعه انسانی چالش سه گانه‌ای را مطرح می‌سازد. آنها باید فرصتهای توسعه را برای شمار فزاینده‌ای از مردم گسترش دهند، مسابراهی زندگی را ارتقا بخشند و بالاخره غالباً با منابعی مسدودتر به موفقیت‌های فزونترو نایل آیند - به عبارت دیگر، دو چالش نخست را با منابعی در حال تنزل پاسخ گویند.

شکل ۱۱-۲ روند جمعیت جهان و توزیع آن در شمال و جنوب



شغل و کسب دستمزدهای بهتر عموماً بیشتر است. آنان به اطلاعات، از گونه‌های اطلاعاتی که از طریق کشاورزی با کسب و کار حاصل می‌شود، دسترسی بیشتری دارند و از این روی به عنوان کشاورز یا بازرگان از احتمال موفقیت بالاتری برخوردارند. همچنین، دانش آموختگان می‌توانند تلاش فزودنی در پیشبرد فرهنگ، سیاست، علوم و تکنولوژی ایفا کنند. آنها از نظر جامعه ارزنده‌تر و برای کمک به خود نیز مجرب‌ترند.

استفاده از تواناییهای انسانی، به گونه‌ای که در این جا مفهومی سازی شده‌است، استفاده‌ای را که مردم تصمیم می‌گیرند از تواناییهای خود به عمل آورند و نیز فایده‌مندی این تواناییها برای جامعه را فریب می‌گیرد.

اشتغال

طی سه دهه گذشته، بیش از ۹۰۰ میلیون نفر به نیروی کار کشورهای در حال توسعه پیوسته‌اند، تنها رشد بالایی جمعیت دلیل این افزایش

بین سالها ۱۹۸۰ و ۱۹۸۷، سهم کشورهای در حال توسعه در محصول ناخالص داخلی جهانی تقریباً ۲ درصد (از ۱۸/۶ درصد به ۱۶/۸ درصد) کاهش یافت و این در حالی بود که سهم کشورهای مذکور در جمعیت جهانی یک درصد (از ۱۶/۵ به ۱۷/۶) افزایش پیدا کرده بود. این کشورها در ادوین با اثر مرکب این تغییرات را دشوار یافتند. برای اجتناب از خطر فزایندهٔ پیگردهای سریع در فزاینده توسعه انسانی، روند کاهش درآمد کشورهای در حال توسعه باید متوقف گردد. عمل عاجلانه بحران بدهی و فراهم آوردن فرصتهای بهتر در زمینه تجارت همان قدر ضرورت خواهد داشت که تلاشهای بیشتر توسط خود کشورهای در حال توسعه به منظور ارتقای عملکرد اقتصادی با منابع کمیاب.

استفاده از تواناییهای انسانی

افراد ماهر، تندرست و تحصیلکرده برای آنکه زمان زنده گی خود را خود در دست گیرند، در موقعیتی بهتر از دیگران قرار دارند. برای آنها احتمال یافتن

نیروداست. صرف نیروی کار توسط زنان جوئی شغل و نیز خانوادهمای فقیری که در تلاش بودند نموده نان آورهای خانواده را افزایش دهند، گسترش یافت. در طول دهه ۱۹۹۰ به اشتغال ۱۰۰ میلیون دیگر به نیروی کار کشورهای در حال توسعه افزوده خواهد شد.

در سه دهه اخیر، رشد اقتصادی از فراهم آوردن فرصتهای کالی اشتغال برای جوانان گران کار بازمماند. در باب بیکاری آشکار اطلاعات مطمینی وجود ندارد، لکن عموماً روشن است که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، بیکاری و کم کاری وسیعاً رواج دارد.

دهه ۱۹۸۰، افزایشهای سریعی در اشتغال بخش غیررسمی را شاهد بود. در آمریکا، بین سالهای ۱۹۸۰ و ۱۹۸۵ بخش مذکور حدود ۷۵ درصد نازموردان به نیروی کار را در خود جای داد و این در حالی بود که سهم بخش رسمی از این بابت از ۶ درصد تجاوز نمی کرد. در آمریکای لاتین، در فاصله سالهای ۱۹۸۰ و ۱۹۸۷ بخش غیررسمی ۵۶ درصد کارگران جدید را جذب کرد.

دیر زمانی دولتها بخش غیررسمی را به فراموشی سپرده بودند، اما تغییر در این وضع آغاز شده است. این معنی به نحو فزایندهای ترک

می شود که بخش غیررسمی به پشتیبانی سیاسی و اقتصادی فعالی نیاز دارد. بالاخره اکثریت کارگران جدید، به ویژه زنان، جوانان و فقرا در این بخش جذب می شوند.

استفاده کاملتر از تواناییهای انسانی، رشد اقتصادی معلوم و سرمایه گذاری قابل توجهی را در افراد انسانی ایجاد می کند. بازدههای چنین سرمایه گذاری به شدت بالاست. یک مطالعه انجام گرفته توسط بانک جهانی، بازدههای خصوصی آموزش ابتدایی را در آفریقا تا ۲۳ درصد، در آسیا تا ۳۱ درصد و در آمریکای لاتین تا ۳۲ درصد نشان داد. در ارتباط با مجموعه کشورهای صنعتی، متوسط بازدههای اجتماعی برای هر کدام از سطح آموزش و پرورش از ۱۰ تا ۱۵ درصد تجاوز می کند. در سالهای دهه ۱۹۶۰، در ایالات متحده آمریکا و بسیاری از کشورهای در حال توسعه، یک سوم از تفاوتها در بهره‌مندی کشاورزی از تفاوتهای مربوط به آموزش فنی و عمومی ناشی می شد. آموزش زنان، از جهت کاهش باروری، رشد پایتزر جمعیت، کاهش مرگ و میر کودکان، کاهش نرخهای لغت تحصیلی و ارتقای سطح زندگی خانواده، متضمن بازدههای حتی بالاتری است.



کسب مهارت، علاوه بر آموزش عمومی، کاربردهای مولدتر از تواناییهای انسانی را توسعه می‌دهد. در جمهوری کره، مالزی و تایلند، کشتگران با استفاده از تکنولوژی نوین، به‌ازای هر سال اضافی که آموزش دیده بودند، ۳ درصد محصول بیشتر تولید کردند. همچنین به‌رهبای بالاتر کشاورزان ایالت پنجاب هند را در مقایسه با کشاورزان ایالت پنجاب پاکستان، تا حدودی می‌توان در شمع سطح آموزش بالاتر آنها توجیه کرد. بدین ترتیب، سرمایه‌گذاری در منابع انسانی به‌رهبای مردم را افزایش می‌دهد و با افزایش امکان بالقوه رشد اقتصادی آتی، بخت اشتغال بالاتری برای آنها فراهم می‌سازد. البته این نکته نیز در غور توجه است که چنانچه آموزش و پرورش مهارتهای مورد نیاز جامعه را به وجود نیآورد، این امر می‌تواند به پیدایش بیکاری دانش‌آموختگان و اتلاف قابل توجه توان انسانی بالقوه بینجامد.

مهاجرت

مردم در جستجوی فرصتهای تازه، چه اقتصادی و چه سیاسی، در ابعادی وسیعتر مرزها و قاره‌ها را پشت سر می‌گذارند. گسترش نظامهای حمل و نقل و شبکههای ارتباطات مردم را بیش از پیش به ترک کشور خود و زندگی در سرزمین دیگری تشویق کرده‌است. آنها از محرومیت خود، از این که زندگی‌شان چگونه با زندگی مردم کشورهای دیگر تفاوت دارد، بیش از گذشته آگاهی یافته‌اند. و این آگاهی آنها را در جهت جستجو برای زندگی ظاهراً بهتر و فرصتهای فراوانتر در آن سوکه مرزها، به حرکت در می‌آورد. اگر آنها در همین خود فرصتهای بیشتری می‌دیدند، شاید ترجیح می‌دادند که در همان جا بمانند. برای بسیاری از مهاجران تصمیم اقتصادی به ترک زمین تعیینی دولتی است. لکن پناهندگان سیاسی یا محیطی به قدرت انتخابی جز رفتن ندارند. مهاجران غالباً واجد شرایط خوبی هستند و

برخی از دانش‌نحصری بالایی برخوردارند. آنها اغلب به منظور دستیابی به درآمدهای بالاتر و رضایت‌شغلی بیشتر کشورهای خود را ترک می‌کنند. بعضی دولتها حتی در مهاجرت مردم نایندهبای مساعدده می‌کنند. مالبی که این گروه به کشور خود ارسال می‌نارند، می‌تواند منبج در آمد ارزی مهمی به حساب آید و به بهبود وضع از بابت موازنه پرداختها باری رساند.

در طول دهه ۱۹۸۰ فرار مغزها به‌ویژه به آفریقا ضربه زد. با قشر محدودی از افراد واجد صلاحیت که این قاره در اختیار دارد، از دست دادن حتی شمار محدودی از متخصصان کلیدی، نتایج وخیمی به‌بار آورده‌است. فرار مغزها از کشورهای پرجمعیت‌تر آسیا و از اکثر کشورهای آمریکای لاتین، به طور کلی در مقیاس محدودتری صورت گرفته است.

در اوایل دهه ۱۹۸۰ تعداد مهاجران اقتصادی به حدود ۲۰ میلیون نفر بالغ می‌شد و شمار مهاجران غیرقانونی که عموماً در مقایسه با مهاجران رسماً ثبت شده دارای صلاحیتهای پایتتری هستند، دست کم به همان رقم می‌رسید. بدین ترتیب، شاید ۴۰ تا ۵۰ میلیون نفر به امید سهم بزرگتری از منابع توسعه جهانی نقل مکان کرده‌اند.

پذیرنده‌گان سنتی مهاجران از کشورهای در حال توسعه - کانادا، استرالیا، نیوزیلند، ایالات متحده آمریکا و کشورهای اروپایی - اقداماتی را در جهت محدودتر ساختن موج مهاجرت اتخاذ کرده‌اند. در طول نیمه اول دهه ۱۹۸۰ ایالت متحده در مقایسه با ۲/۵ میلیون مهاجر در دوره پنجاهه پیش از آن، به حدود ۳ میلیون نفر اجازه اقامت دادم اصلا کرد. اینک حدود ۲۰ سال است که جمعیت بیگانگان اروپا در حول و حوش ۱۰ میلیون بایی مانده‌است. حتی در شورویانه نیز مهاجرت در حال تکبیت می‌باشد.

به دلیل مسعوده‌پندبای فزاینده بر مهاجرت به

شمال و نیز فقر رو به گسترش در کشورهای در حال توسعه مهاجرت جنوب به جنوب در حال رفته است. در آمریکا، کشورهای مهاجر پذیر عمده عبارت بوده‌اند از ساحل عاج، سنگال، غنا و کامرون. مبادی اصلی مهاجرت، کم‌توسعه‌ترین کشورهای مانده، بورکینافاسو، مالی، گت و توگو را شامل می‌شوند. لسونو و موزامبیک همچنان نمادگره کننده گان عمده نیروی کار برای آمریکای جنوبی می‌باشند.

در حالی که ایالات متحده همچنان مقصد اصلی مهاجران آمریکای لاتین می‌باشد، آروانتین، ونزوئلا و برزیل تقریباً تنها کشورهای پذیرنده عمده برای مهاجران اقتصادی در قاره مذکور به شمار می‌روند. در این منطقه، مکزیک و کلمبیا کشورهای عمده مهاجررست آسیا عبارتند از

بنگلادش، هند، پاکستان، فیلیپین، تایلند و جمهوری کره که مهاجرانشان اکثر را کشورهای عربی و ایالات متحده را در پیش می‌گیرند. مشارکت فردی و جنبش سازمانهای خودولتی

برای مردم، مهاجرت اقتصادی تنها یکی از طرق مشارکت بیشتر در امر توسعه است. مشارکت مردمی در امور جامعه محلی - امور اقتصادی، اجتماعی و سیاسی - طریقه دیگری است که در سالهای اخیر بر اهمیت آن افزوده شده است. فکتور سازمانهای مبتنی بر جامعه محلی و همچنین سازمانهای خودیاری بسیاری مردم را در بهره گیری از توان جمعی خود برای حل برخی از چالشهای آنها که پیش رو دارند - نیاز به یک جاده، یک مرکز بهداشتی یا یک شبکه آبیاری - نیاز به آموزش کودکان یا دسترسی به تسهیلات اعتباری - پاری می‌یفتند.

تعداد زیاد و باز هم در حال افزایش سازمانهای خودولتی را که نوعاً به عنوان واسطه‌هایی میان مردم و دولتها فعالیت می‌کنند نیز باید بر این گونه

سازمانهای خودیاری مبتنی بر جامعه محلی افزود. اساس رشد جنبش سازمانهای خودولتی از رهگذر ابتکارهای شهروندان نگرانی و مباشرت دولتها فراهم می‌آید. موفقیت سازمانهای خودولتی در انتقال محور توسعه به مردم، در بسیاری کشورها آنها را به رابطهای مبتنی بر تفریک مسامی کامل با دولت سوق داده است. دولتها آغاز به درک این معنی کرده‌اند که سازمانهای خودولتی، با تشکیلات محدود و قابل انعطاف خود و با برخورداری از ریشه‌ها و ارتباطات محلی، برای اجرای فعالیتهای معطوف به توسعه غالباً از یک ماشین دولتی عظیم مناسبترند.

انتخاب توتنیبات معطوف به تأمین اعتبار برای فقرا یکی از موفقیتهای سازمانهای خودولتی است. به‌طور سنتی، فقرا از آن جهت فقیر می‌مانند که فاقد هر گونه دارایی‌اند و کسی آنها را شایسته استفاده از آنه کمترین اعتبار نمی‌داند. سازمانهای خودولتی این نگرش را تغییر داده و نشان داده‌اند که تلاش یک رهانت مبتنی بر مسئولیت مشترک در قالب تماس و ارتباط نزدیک بین به‌همکار و بستنکاره می‌تواند نواحی بازترفاخت را افزایش دهد و در چارچوب نظام اعتباری رسمی، فرصتهای اعتباری بیشتری را به روی فقرا بگشاید. سازمانهای مذکور از نزدیک کار وام گیرندگان را سرپرستی نموده و خدمات مشاورتی در اختیار آنها قرار داده‌اند و در اغلب موارد کارهای بسیار وقتگیری را که بانکها نواحی از آن اجتناب می‌ورزند، بر عهده گرفته‌اند.

در پرو، مؤسسه توسعه بخش غیررسمی (Institute for the Development of the Informal Sector)

برای کمک به کارآفرینان خرده‌پا و گروههای محلی از دایه دسترسی به اعتبار، برنامه‌هایی را به اجرا گذاشته است. این مؤسسه برای مشارکت کنندگان ضمانتهای بانکی فراهم می‌کند

و خدمات مشورتی و آموزشهای فنی و مدیریتی مورد نیاز آنها را برای رانندگی فعالیتهای اقتصادی مانند گار، ترتیب می‌دهد.

سازمان غیردولتی دیگری در بنگلادش به نام بانک گرانبین (Grancen Bank)، بین دولت، بانکهای بزرگانی و کمک‌هنگامان خارجی، از یک سو و کارآفرینان فاقد زمین که مایلند وام بگیرند اما نمی‌توانند وثیقه‌ای بیاورند، از سوی دیگر، پیوندهای نوآرندگانی برقرار می‌سازد. بانک گرانبین به افراد بدون زمین کمک می‌کند که برای تأمین وام در گروههایی تشکیل یابند و اکثریت مولکان آن را زنان تشکیل می‌دهند.

سایر سازمانهای غیردولتی درگیر در کار بسیج پس‌اندازهای روستایی و گذاشتن اعتبار در اختیار فسرهای روستایی بانکهای مردمی (Banques-populaires) در رواندا، بنیاد توسعه پس‌اندازها (Savings Development Foundation) در زیمبابوه، بانکهای روستایی (Rural Banks) در غنا و کانهایی پول (Money shops) در فیلیپین یا شامل می‌شوند.

آهنگ مشارکت مردم در طول نیمه دوم دهه ۱۹۸۰ بیش از پیش این معنی را به اثبات رسانده است که مردم می‌توانند خودشان را پاری دهند. این مطلب به بازتابش بنیادینی در باب رابطه بین دولت و بخش خصوصی کمک کرده است. اکنون سیاستگذاران می‌پذیرند که فرایند توسعه می‌تواند از ابتکارهای مردم منتفع گردد و این ابتکارها باید بیش از آنکه سرکوب شوند، مورد تشویق قرار گیرند.

در این باب هم‌رابی فرایندهای وجود دارد که دولت باید برای ایجاد چارچوبی توانبخش برای مردم به صورتی که بتوانند سهم خود را از رهگذر گسترش تواناییهایشان و به کارگیری آن تواناییها در فرایند توسعه به طور کامل ادا کنند، بپوشاند و کارساز باشد، لکن در عرصه توسعه، وظایفی را که

سازمانهای غیردولتی، کارآفرینان خصوصی و قاطب‌مردم به وجه بهتری می‌توانند به انجام رسانند برعهده نگیرد.

نابرابریها و محرومیت در درون ملتها طی ۳۰ گذشته، هر کشوری در باب پیشرفت انسانی، با مراتبی متفاوت، سپس یافته است. لکن بهبودهای متوسط، نابرابری قابل ملاحظه‌ای را در درون کشورها پوشیده می‌دارند و محرومیت شدیدی را که گریبانگیر بسیاری از مردم است، پنهان می‌سازند. همچنین، نابرابریهای رایج امکان فراوانی را که از طریق توزیع بهتر درآمد و تجدید ساختار اولیتهای بودجه‌ای به ترمیمی قاطعانه برای به‌سپردن فرایند توسعه انسانی وجود دارد، نشان می‌دهند.

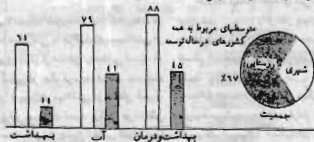
این بخش بر نابرابریهای بین مناطق شهری و روستایی، زنان و مردان و توتنگران و تنگدستان تمرکز می‌کند. یک بار دیگر، کمیود اطلاعات مفصلی، منابع یک بازیسی نظامدار است. از این روی، به منظور تکمیل اطلاعات بین کشوری موجوده از سوره پژوهشهای ویژه‌ای استفاده شده است.

نابرابریهای شهری - روستایی

در کشورهای در حال توسعه، دو سوم مردم در مناطق روستایی زندگی می‌کنند اما در بسیاری از کشورها، اکثر از یک - چهارم خدعات اجتماعی در ارتباط با آموزش و پرورش، درمان، آب و بهداشت محیط در دریاات می‌دارند. در سطح کل کشورهای در حال توسعه، دسترسی مردم شهرنشین به خدعات بهداشتی و آب سالم دو برابر و به خدمات بهسازی چهار برابر روستائیان است.

در بسیاری از کشورهای، نابرابریهای شهری-روستایی، بازتابی از وضع توزیع درآمد و جایگاه قدرت است. این نابرابریها که غالباً در سطح پایینتر توسعه انسانی و درآمد سرانه، شدید است، به مرور زمان کاهش می‌یابند. لکن این قاطعاً

شکل ۲-۱۳ نابرابریهای روستایی - شهری
درصد جمعیت دارای دسترسی به خدمات اجتماعی



نابرابری زیاد	جمعیت روستایی	روستایی شهری	روستایی شهری	شهری روستایی	شهری روستایی	بهداشت
آرژانتین	۱۱	۲۱	۸۰	۱۷	۶۳	۷۵
بولیوی	۵۰	۳۶	۹۰	۱۳	۷۵	۳۳
موزامبیک	۷۶	۳۰	۱۰۰	۹	۳۸	۵۳
پاکستان	۶۹	۳۵	۹۹	۲۷	۸۳	۵۱
سومالی	۶۵	۱۵	۵۰	۲۲	۵۸	۴۴
نابرابری کم						
الجزایر	۵۶	۸۰	۱۰۰	۵۵	۸۵	۸۰
کستاریکا	۴۸	۶۳	۱۰۰	۸۳	۱۰۰	۶۶
هندوراس	۵۸	۶۵	۸۵	۴۵	۵۶	۲۴
جمهوری کره	۳۱	۸۶	۹۷	۱۸	۱۰۰	۱۰۰
تانزانیا	۷۰	۷۲	۹۹	۴۲	۱۰۰	۱۳

کستاریکا، گواتمالا و نیکاراگوئه موفق شدند که قدری از این فاصله بکاهند، ولی کشورهای دیگر نتوانسته‌اند در مناطق روستایی به سطح پیشرفت مناطق شهری برسند.

● امید به زندگی - روستاییان میکزیک امید به زندگی کمتری (۵۹ سال) از شهریان (۷۳ سال) دارند.

● تغذیه - اطلاعات موجود درباره وضعیت تغذیه کودکان در ۳۱ کشور، بدون استثنا نرخهای سوء تغذیه بالاتری - به طور متوسط با ۵۰ درصد - را در مناطق روستایی نشان می‌دهد.

● باسواد - در ارتباط با کشورهای انتخابی در آفریقا و آسیا، در مناطق روستایی نرخهای

کلی استثنای بسیاری دارد. آرژانتین، به رغم درآمد سرانه و توسعه انسانی نسبتاً بالا، دارای نابرابریهای شهری - روستایی بسیار زیادی است. در مقابل، تانزانیا حتی با وجود درآمد پایین، در ارتباط با خدمات اجتماعی، توزیع جغرافیایی بالنسبه خوبی دارد.

مثالهای زیر نشان می‌دهد که در زمینه توسعه انسانی چگونه مناطق روستایی به صورتی نظامدار از مناطق شهری عقب می‌مانند.

● مرگ و میر اطفال - در مورد چندین کشور آمریکای مرکزی، مرگ و میر اطفال در مناطق روستایی به طور کلی ۳۰ تا ۵۰ درصد بالاتر از مناطق شهری است. در طول دهه ۱۹۷۰،

بیسوادی به طور کلی دو برابر مناطق شهری است - در آمریکای لاتین، نرخهای روستایی در مورد زنان سه برابر و برای مردان چهار برابر نرخهای شهری است.

● **نسبيلات بهداشتی** - در همه کشورهای در حال توسعه، دسترسی به مراقبتهای بهداشتی در مناطق شهری بهتر از مناطق روستایی است. در حدود ۲۰ کشور در حال توسعه، درصد جمعیت تحت پوشش نسبيلات بهداشتی در مناطق شهری بیش از دو برابر جمعیت تحت پوشش در مناطق روستایی است. حتی با چنین ارقامی نابرابریها دست کم گرفته می‌شود زیرا در حالی که نسبيلات بهداشتی شهری شامل بیمارستانهای با تجهیزات پیشرفته است، نسبيلات بهداشتی روستایی عموماً درمانگاههای ساده‌ای بیش نیستند.

● **نسبيلات آب و بهداشت محیط** - در ارتباط با تدارک آب و بهسازی تفاوتی حتی بیشتری بین مناطق شهری و روستایی به چشم می‌خورد. پوشش جمعیت روستایی از این بابت به طور متوسط کمتر از نصف پوشش جمعیت شهری است. در هفت کشور نسبت ساکنان روستایی برخوردارتر دسترسی به آب، کمتر از یک پنجم دسترسی مناطق شهری بود. در نیکل دسترسی به خدمات بهداشتی در مناطق شهری ۱۷ برابر مناطق روستایی بود و در برزیل رقم مربوط به شیر در این رابطه تا ۸۶ برابر مناطق روستایی می‌رسید.

● **درآمد** - در اکثر کشورهای در حال توسعه درآمدهای شهری برای هر نفر از ۵۰ تا ۱۰۰ درصد بالاتر از درآمدهای روستایی است. تفاوتی مربوطه در آمریکا به‌ویژه زیاد است. در بحرین، درآمد متوسط خانواده شهری در سال ۱۹۷۸-۷۶ به ۱/۶ برابر درآمد متوسط خانواده روستایی بالغ می‌شد. در سیرالئون، درآمد متوسط شهری ۱/۱ برابر درآمد کشاورزی بود و در مکزیک درآمد سرانه شهری به ۲/۶ برابر درآمد سرانه روستایی

می‌رسید. تفاوتیهای درآمدی بین شهر و روستا، حتی با احتساب اختلاف هزینه زندگی بین آنها، همچنان وسیع است.

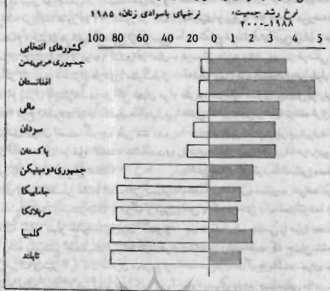
خلاصه اینکه، داده‌های ملی، فاصله‌های بزرگ میان شهر و روستا را از نظر پنهان می‌نارند و وضع مناطق روستایی از جهت شاخصهای پایه‌ای توسعه انسانی به صورتی نظام‌دار بدتر از مناطق شهری است. جزئی از دلیل این امر به دسترسی کمتر به خدمات اجتماعی و بخشی دیگر به درآمد پایتتر مربوط می‌شود. به علاوه، ارقام مربوط به روستا و شهر نابرابریهای گسترده‌ای را که در درون هر کدام وجود دارد نشان نمی‌دهد. در ارتباط با سیاستگذاری معطوف به تعدیل ساختار هزینه‌های اجتماعی دولتها، آثار و نتایج عمده‌ای بر این نابرابریهای فاحش مرتب است.

نابرابریهای بین زنان و مردان

در اکثر جوامع، زنان وضعی نامطلوبتر از مردان دارند. آنها در کودکی دسترسی کمتری به امکانات آموزشی و گاهی غذا و مراقبتهای بهداشتی دارند. در بزرگسالی، آنها آموزش و تربیت کمتری می‌بینند، ساعات طولانیتری را بگذرانند، درآمدهای پایتتر کار می‌کنند و از حقوق مالکیت کمتری برخوردارند و یا اساساً از چنین حقوقی محرومند.

زنان و مردان عمر دو در پیشرفت حاصله در زمینه بهبود شرایط انسانی از سال ۱۹۶۰ تا سال ۱۹۸۰ سه‌پیم بوده‌اند. در پارامی زمینها، زنان حتی وضعی مطلوب‌تر از مردان داشتند، لکن نابرابریهای مهمی هنوز برجاست. در طول بحران اقتصادی سالهای ۱۹۸۰، زنان باز سنگینتری از هزینه‌ها تعدیل ساختاری را تحمل کردند و نابرابریهای میان دو جنس باز دیگر روبه گسترش گذاشت. به علاوه، داده‌های ملی معمولاً حدود واقعی نابرابری بین زنان و مردان را از نظر می‌پوشاند.

شکل ۲-۱۴ باسوادی زنان و رشد جمعیت



که صرف مراقبتهای پزشکی از خردسالان دختر می‌کردند، به مصرف مراقبت از خردسالان پسر می‌داندند.

اهمالی از همان گونه‌ها در نرخهای به شدت بالایی مرگ و میر ناشی از زایمان مادران، عمدتاً به این دلیل که کمتر از نصف زایمانها با حضور پرسنل بهداشتی صورت می‌گیرد، می‌توان مشاهده کرد. بین سالهای ۸۱-۱۹۸۰، این نرخها در چند کشور به ۱۰۰۰ (در هر ۱۰۰۰۰۰ زایمان) می‌رسید و در ۱۴ کشور دیگر به ۴۰۰ تا ۱۰۰۰ بالغ می‌شد. در کشورهای توسعه یافته نرخهای مرگ و میر ناشی از زایمان مادران به ندرت از ۲۰ تجاوز می‌کند و معمولاً از ۱۰ نیز کمتر است. در زمینه توسعه انسانی، بین شمال و جنوب هیچ ناسلسلی را عمیقتر از فاصله مرتبط با نرخهای مرگ و میر مذکور نمی‌توان یافت، که خود نمادی از

تبعیض علیه زنان زود آغاز می‌شود. در شایبزی آشکار با کشورهای صنعتی که نرخ مرگ و میر بین ستین یک تا چهار سالگی در آنها برای پسران ۲۰ درصد بیش از دختران است، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، در ستین مذکور دختران بیش از پسران از بین می‌روند. در ۳۰ کشور در حال توسعه، نرخهای مرگ و میر برای دختران یا بالاتر از نرخهای مربوط به پسران و با آنها برابر بود، که از الگوهای اجتماعی - فرهنگی تبعیض آورد علیه زنان حکایت دارد.

این تبعیض در اشکال متعددی رخ می‌نماید. دختران ممکن است از همان مراقبتهای بهداشتی که در اختیار پسران است، برخوردار نشوند. در ۱۴ درصد دختران، در مقایسه با ۵ درصد پسران دچار سوء تغذیه بودند. در مناطق روستایی پنجاب هند، خانواده‌ها بیش از دو برابر هزینه‌های را

عدم توجه به سلامت و بهداشت زنان می‌باشد. نابرابری بین دو جنس در زمینه آموزش و پرورش شدت می‌یابد. هنوز در ۱۶ کشور در حال توسعه شش‌نام دختران در دوره ابتدایی از دو سوم شش‌نام پسران کمتر است و در ۱۷ کشور در حال توسعه دیگر شش‌نام دختران در دوره متوسط از نصف شش‌نام پسران پایینتر است. در کل جهان در حال توسعه، نرخ باسوادی زنان اکنون سه چهارم نرخ باسوادی مردان است. گرچه طی سه دهه گذشته از فاصله‌های موجود کاسته شده است، مع‌هذا هنوز راه درازی در پیش است.

باسوادی زنان مطمئن قایده اجتماعی بسیار بالایی است. باسوادی وسیعتر زنان با مرگ و میر کمتر اطفال، تقدیم بهتر خانواده، باروری کمتر و نرخهای رشد پایینتر جمعیت ارتباط دارد. در بنگلادش مرگ و میر کودکان مادران محروم از آموزش پنج برابر بیش از مرگ و میر کودکان مادرانی بود که از آموزشی معادل هفت سال یا بیشتر بهره‌مند شده بودند.

همچنین زنان برخوردار از آموزش بیشتر خانواده‌های کوچکتری دارند. در کمبیا زنان دارای بالاترین مدارج تحصیلی چهار فرزند کمتر از زنانی داشته‌اند که تنها دوره ابتدایی را گذرانده بودند. بدین ترتیب ادامه نابرابری آموزش بین زنان و مردان در کشورهای در حال توسعه بهای اجتماعی و اقتصادی بسیار سنگینی را تحمیل می‌کند.

زنان تنها ۲۵ درصد طولانیتر از مردان کار می‌کنند: در مناطق روستایی هفت هفته‌ای تا ۱۵ ساعت و در مناطق روستایی نهال تا ۱۲ ساعت بیشتر از مردان. لکن به دلیل میزان پایینتر دستمزد و تفاوت عددی آنها در کشاورزی و با بخش غیررسمی شهری، بخشی که دستمزدها در آن در مقایسه با بخشهای دیگر کمتر است، هایدی اند کتری نصیب زنان می‌شود. در مناطق روستایی

لائتازیا، ۵ درصد زنان شاقول در بخش غیررسمی فعالیت دارند و این نسبت در مناطق روستایی اندونزی و پرو به ۲۴ درصد می‌رسد.

تداوم فاصله‌های بین زنان و مردان در زمینه توسعه انسانی، چالش و نیز فرصتی را برای تسریع آهنگ پیشرفت اقتصادی در طول دهه ۱۹۹۰، از طریق سرمایه‌گذاری بیشتر در رابطه با زنان، در مقابل کشورهای در حال توسعه قرار می‌دهد.

به منظور نظارت بر پیشرفت در جهت رفع نابرابریهای درون کشورها در باب توسعه انسانی، داشتن نمایه‌های توسعه انسانی معطوف به گروه و منطقه‌ای خاص، مطلوب خواهد بود. در یادداشت فنی ۱ که ساختن یک نمایه توسعه انسانی خاص از جهت تعکیک جنسی را مورد بحث قرار می‌دهد، نشان داده شده‌است که چنین شاخصهایی تا چه حد می‌توانند گویا باشند. برای نظارت بر سایر نابرابریهای واجد حساسیتی خاص در یک کشوره از نابرابریهای موجود میان گروه‌های نژادی مختلف، مناطق جغرافیایی گوناگون و شهر و روستا گرفته تا بین اقلیتها و فقرا، نیز می‌توان شاخصهای مشابهی تهیه نمود.

شکل ۲-۱۵ نابرابریهای بین زن و مرد از جهت باسوادی

درصد مردان شهری



ناابرابرهای بین اقنیا و فقرا

در اکثر از کشورهای در حال توسعه، فاصله‌های درآمدی و فاصله‌های توسعه انسانی ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند که با در نظر گرفتن این که درآمد عامل تعیین کننده مهمی در دسترسی مردم به خدمات به شمار می‌رود، امری طبیعی است. مع‌هذا، در برخی -وارد- دولتها نولستند که با معافله بسیار فعالت از طریق بودجه‌های بخش اجتماعی، تبعیضی در این لنگو پمید آورند. این دولتها از طریق هدفگیری هزینه‌های اجتماعی و سوسیدهای خود مشخصاً به سوی بخشهای فقیرتر جامعه و با کاستن از میزان بهره‌مندی گروههای درآمد بالا و صاحبان قدرت از سوسیدها به این کار موفق شدند.

در این باب، طرح دو سوگال به ویژه می‌تواند جالب باشد. نخست، گروههای درآمد مختلف چگونه از بابت توسعه‌انسانی از هم‌دیگر متفاوتند؟ دوم، از هزینه‌های اجتماعی دولت که در بسیاری کشورها گفت می‌شود، منطوق به رفع بی‌مصلحتیهای اقتصادی، اجتماعی ناشی از نابرابریهای توزیع اولیه درآمد است، چه کسی سود می‌برد؟

مطالعات متعددی که به عمل آمده دلالت بر آن دارند که فقرا به خدمات اجتماعی و توسعه‌انسانی پایهای دسترسی بسیار محدودی دارند. برای مثال:

● در برزیل، در سال ۱۹۷۰، در حالی که امید به زندگی برای صاحبان درآمد بیش از ۷۰ ساله بود، در مورد گروه درآمد کمترین به زحمت به ۵۰ سال می‌رسید. برای آنکه مطلب را از دیدگاه واقع‌بینانه مطرح کرده باشیم، در حالی که درآمد سرانه متوسط برزیل حدود هشت برابر هند بود، برای فقرای آن کشور طول عمری بیش از طول عمر متوسط هند انتظار نمی‌رفت.

● در مکزیک، در اوایل دهه ۱۹۶۰ امید به زندگی فردی در پایینترین حد درآمد ۳۰ سال

یعنی ۲۰ سال کمتر از امید به زندگی متوسط بالاترین حد درآمد بود.

● در کلمبیا، احتمال مرگ برای اطفال خانواده‌های فقیر دو برابر احتمال مرگ برای اطفال متعلق به بالاترین حد درآمد است.

● در مناطق روستایی پنجاب، مرگ و میر کودکان بین گروههای فاقد زمین، ۳۶ درصد بالاتر از مرگ و میر کرده‌گان با زمیندار است.

● در سال ۱۹۸۹، در یک روستای جنوب هند، نرخ باسوادی برای برهنه‌ها (طبقه ممتاز در نظام کاستی هند - ۲۰٪) ۹۰ درصد و برای مردم واقع در انتهای سلسله مراتب کاستی تنها ۱۰ درصد است.

● در زیمبابوه، سوء تغذیه کودکان در مورد خانواده‌های با درآمد متوسط ۵۱ دلار، شده، در مورد خانواده‌های با درآمد متوسط ۱۶۸ دلار، ملایم و در ارتباط با خانواده‌های دارای درآمد متوسط ۲۳۰ دلار و بالاتر صفر بود.

شواهدی از این دست نیاز به نظارت دقیق بر منتفع شوندگان از هزینه‌های دولت را به منظور حصول اطمینان از اینکه این هزینه‌ها نه به صورت نامرئی برای تک‌تک نابرابریها بلکه وسیله‌ای برای کاستن از آنها عمل می‌کنند، مورد تأکید قرار می‌دهد.

چنانچه دولت کالاهای و خدمات ضروری برای توسعه انسانی را مجاناً و یا به قیمت‌های نازل در اختیار گذارد - به ترتیبی که طی دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ در سریلانکا معمول بود - این امر می‌تواند از موانعی که در برابر فقرای قرار داده، بکاهد. اما خدمات مجانی یا سوسیددار ممکن است به دست بسیاری از فقرا نرسد. این حالت چنان که در مصر مشاهده شد، هنگامی می‌تواند پیش آید که سوسید تنها به مواد غذایی در مناطق شهری تعلق می‌گیرد و با خدمات بهداشتی در شهرها ناممکن می‌شود. همچنین افراد غنیتر و یا برخوردار از تحصیلات

شیرشکام دولتمردان

بالتر ممکن است به اطلاعات مربوط به خدمات اجتماعی دسترسی بیشتری داشته باشند و در نتیجه منافع عمده چنین خدماتی را به خود اختصاص دهند.

به علاوه حتی خدمات مجانی نیز متضمن هزینه‌هایی است. برای دسترسی به خدمات بهداشتی و یا حضور در مدرسه مردم ناچار از پرداخت هزینه رفت و آمد هستند و اوقاتی که صرف استفاده از این خدمات می‌شود هزینه‌ای از بابت فرصت از دست رفته در بر دارد. به این دلیل است که خانواده‌های فقیر کودکان خود را، به ویژه در فصل برداشت محصول که با بیشترین نیروی کار کشاورزی ملازم است، بیرون از مدرسه نگاه می‌دارند.

در باب توزیع منافع اجتماعی بر حسب گروه‌های درآمد در کشورهای در حال توسعه، تحقیقات کافی به عمل نیامده است، لکن شواهد پراکنده حاکی از آن است که غالباً هزینه اجتماعی فراوانی صرف در پروژه‌ها و برنامه‌هایی می‌شود که اغنیا را بیش از فقرا از سویه بهره‌مند می‌سازند.

• هزینه‌های بیمارستانی در آمریکای لاتین، که عمدتاً قشرهای غیر فقیر شهری را مقید می‌کنند، از ۶۱ درصد کل هزینه‌های بهداشتی دولت مرکزی در گویان تا ۱۰۰ درصد در السالوادور متغیر بود.

• در فیلیپین، در اوایل دهه ۱۹۸۰، سوسیالیستی منالته به بیمارستانهای خصوصی مورد استفاده خانواده‌های دارای درآمد بالاتر از منابع تخصیصی برای برنامه‌های تودمی (شامل ریشه‌کشی ملاریا و شیستوزومیاز * Schistosomiasis *) و مراقبت‌های بهداشتی اولیه تجاوز می‌کرد.

• در سال ۱۹۷۳، در کشورهای در حال توسعه به طور کلی، آموزش عالی، در حالی که تنها حدود ۸ درصد از جمعیت در هر حال تحصیل را تحت پوشش داشت، ۷۳ درصد از بودجه آموزشی را به خود اختصاص داده بود. هزینه بر حسب هر دانشجو

در آموزش عالی ۲۱ برابر هزینه هر دانش آموز در دوره ابتدایی بود.

یک نتیجه گیری عمده از مجموعه این شواهد آن است که همه هزینه‌هایی که دولت انجام می‌دهد، به نفع فقرا عمل نمی‌کند و برای حصول اطمینان از اینکه آنان نیز در منافع حاصله سهمی دارند، باید دقت فراوانی در شکل‌دهی هزینه‌های اجتماعی به عمل آید. چنانچه هزینه‌های دولتی نه تنها بهبودی در وضع فعلی در آمد پدید نیآورده، بلکه آن را از آنچه که هست نیز بدتر کند. مسئله‌ای که در فصلهای ۳ و ۴ این گزارش به تفصیل مورد بحث قرار خواهد گرفت، اساس مطلق مداخله دولت را از هم خواهد پاشید.

یک نتیجه گیری عمده دیگر، با نگاهی به هر سه نوع محرومیت، آن است که در کشورهای در حال توسعه زنان روستایی، فقیر در ششمین مراتب محرومیت قرار دارند. بسیاری از آنان هنوز بیسوادند. فراموشی آنها افزایش نیانه و در برخی مناطق جهان حتی کاهش پیدا کرده‌است. آنها هنوز زایمان خود را بی حضور پرسنل بهداشتی انجام می‌دهند و در طول زایمان با خطر مرگ فراوانی روبرو می‌شوند. آنها و کودکان آنها تقریباً هیچ دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی ندارند. حدود ۵۰۰ میلیون تا یک میلیارد زن روستایی فقیر وجود دارند. طی ۳۰ سال گذشته، یسرقت اندکی نصیب آنان شده‌است.

بازگشت به بررسی توسعه انسانی

توسعه انسانی، در طول دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ با توسعه انسانی در طول دهه ۱۹۸۰ تفاوت بسیار داشت. در اواخر دهه ۱۹۷۰ و اوایل دهه ۱۹۸۰، عدم موازنه‌های بسیار شدیدی در حساب جاری موازنه پرداخت‌های بسیاری از کشورهای در حال توسعه پدید آمده در سال ۱۹۸۰، کشورهای در حال توسعه بدون نفت جمعاً ۷۴ میلیارد دلار کسری داشتند. برعکس وضعی که در بخش اعظم

دهه ۱۹۷۰ برقرار بود، هیچ بانکی داوطلب اعطای وام برای تأمین کسریها نبود. به دلیل وسعت بحران که علاوه بر چندین کشور آسیایی، بیش از دو سوم کشورهای آمریکای لاتین و آفریقای جنوب صحرا را در بر گرفته بود، منابع وامدهی داوطلبانه نسی شده بود.

به استثنای آسیای غربی دهه ۱۹۸۰ اقتصادهای اکثر کشورهای در حال توسعه به کندی می‌گرایید. این کشورها، تحت تأثیر شدید بحران، افول اقتصادی تقریباً مداومی را تجربه کردند و به رغم تلاشهای تعدیلی نیرومندی، در پایان دهه مذکور هنوز عدم تعادلهای حاد را نشان می‌دادند.

در طول دهه ۱۹۸۰ درآمد سرانه در ۱۷ کشور آمریکای لاتین و منطقه کارلیب کاهش یافت. بین سالهای ۱۹۸۰ و ۱۹۸۸ درآمد سرانه متوسط در این منطقه ۷ درصد و چنانچه رابطه رویه و خامت مبادله و جریان پروتسوی متابع را در محاسبه منظور کنیم، ۱۶ درصد کاهش پیدا کرد. در فاصله سالهای ۱۹۸۰ و ۱۹۸۵ سرمایه‌گذاری خالص سرانه ۵۰ درصد کاهش یافت.

در آفریقا، درآمد سرانه برای کل منطقه ۳۵ درصد و با در نظر گرفتن وسیعتر شدن رابطه مبادله، ۳۰ درصد کمتتر نمود. طی سالهای ۱۹۸۵-۸۷، محصول ناخالص داخلی، در مقایسه با سالهای ۸۱-۱۹۸۰، رشد سرشاری داشت، اما رشد مذکور در قیاس با رشد جمعیت هنوز کمتر بود، و درآمدهای سرانه در کشورهای دارای برنامه‌های اصلاحاتی نیرومندی تقریباً به همان میزانی کاهش یافت که در کشورهای دارای برنامه‌های اصلاحاتی ضعیف با بدون این قبیل برنامه‌ها. سرمایه‌گذاری، بیش از ۱ درصد در سال و مصرف سرانه از ۱ تا ۲ درصد در سال فرو افتاد.

در مقابل، در بخش اعظم آسیای تأثیر بحران شریک شده نبود. بین سال ۱۹۸۰ و ۱۹۸۶، گرچه بعضی کشورها و از جمله فیلیپین سخت تحت فشار

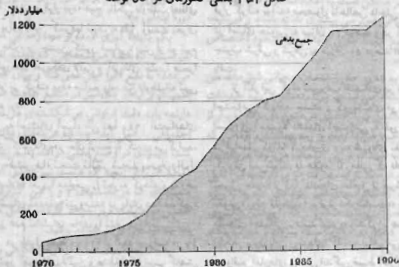
قرار گرفت بودند، محصول ناخالص داخلی سرانه در آسیای جنوبی به میزان ۲۰ درصد و در آسیای جنوب شرقی و شرقی به میزان ۵۰ درصد افزایش یافت.

از آثار این گونه تغییرات اقتصادی بر شرایط اجتماعی، شواهد جسته و گریخته‌ای در دست است، زیرا معمولاً داده‌های اجتماعی به طور منظم در فواصل کوتاه گردآوری و به شیوه‌ای نظام‌دار گزارش نمی‌شوند. به علاوه، تا زمانی که داده‌های تجربی جدید، از قبیل داده‌های حاصل از سرشماری نفوس، روند تازه‌ای را برقرار نکردند، برخی داده‌های اجتماعی - مانند امید به زندگی - عموماً از رهگذر برون پایی روندهای گذشت فراهم می‌شوند. در واقع آمارهای رسمی اندکی ضبط آثار بحران اقتصادی دهه ۱۹۸۰ را بر فرایند توسعه انسانی آغاز کرده‌اند.

داوری بر مبنای اطلاعات پراکنده موجود رهنمون به این نتیجه است که در روندهای توسعه انسانی بسیاری از کشورهای در حال توسعه وفندهای شدید و گاهی حتی سیر قهقراپی رخ داده است. جریان باب کشورهای آفریقا و آمریکای لاتین نامطلوبترین وضع را داشته.

طی سالهای دهه ۱۹۸۰، در هفت کشور آمریکای لاتین و شش کشور آفریقایی، سوء تغذیه زمانی روندی حتمی پیدا کرد. در دو سوم کشورهای آمریکای لاتین که اطلاعات مربوط به آنها در دست است، پیشرفت در مسیر کاهش نرخهای مرگ و میر اطفال کند شد و پا به سیری قهقراپی تبدیل گشت - مطلبی که در مورد ۱۲ تا ۱۷ کشور آفریقایی نیز صدق می‌کند. بسیاری خانوارها قدرت خرید خود را از دست دادند و درآمدهایشان در سطحی باقی ماند که برای برآوردن حداقل نیازهای غذایی به هیچ وجه کفایت نمی‌کرد.

شکل ۱۶-۲ بدهی کشورهای در حال توسعه



سهمیهای منطقه‌ای، ۱۹۸۷-۸۸



کم درآمد، گزارش دادند که مجبور شده‌اند غذای روزانه خود را از سه وعده به دو وعده کاهش دهند، و ۶۱ درصد از میزان مصرف غنای پروتئین‌دار خود کاستند.

• در جامائیکا، در سال ۱۹۸۶، خانوادگی با چهار عضو برای دسترسی به حداقل قابل قبول تغذیه، به دو تا سه برابر حداقل دستمزد نیاز داشت.

در موادی متعدد، تورم بالا، قیمت‌های فزاینده مواد غذایی، رکود اشتغال رسمی و قطع سوبسیدهای دولت، دست به دست هم داده و درآمدهای خانوار را کاهش داد. برآورد می‌شود که

• در سال ۱۹۸۴، در غنا حتی کارمندان سطح بالای دولت تنها می‌توانستند از عهده تأمین دو سوم نیازهای غذایی خود در قالب ارزانترین رژیم غذایی برآیند. برای خانواری با دو نان‌آور پرشوردهار از حداقل دستمزد، تأمین کمتر از ۱۰ درصد چنین رژیم غذایی مقدور بود.

• در اوگاندا، در سال ۱۹۸۴، یک خانواده متوسط برای تأمین حداقل نیازمندهای غذایی، به درآمدی معادل ۱/۵ برابر حداقل دستمزد احتیاج داشت.

• در دارالسلام (پایتخت تانزانیا)، در اواسط دهه ۱۹۸۰، ۵۸ درصد زنان بررسی شده در خانوارهای

آمریکای لاتین در فاصله سالهای ۱۹۸۰-۱۹۸۵ ۱ میلیون شغل کمتر از آنچه که در قالب روندهای پیشین میسر بوده شغل جدید داشت و بیکاری در آن سالانه بیش از ۶ درصد رشد کرد. طی همین مدت، افزایش سالانه بیکاری در آمریکا به ۱۰ درصد بالغ شد.

طبق برآوردهای سازمان بین‌المللی کار، با کاهش شدید دستمزدهای واقعی، بیشترین فشار بحران اقتصادی بر مزدبگیران وارد شد. در آمریکا و آمریکای لاتین، کاهش مستمرها به میزان یک سوم تا نصف امری نادر و استثنایی نبود. بین سال ۱۹۸۰ و اواسط دهه ۱۹۸۰، دستمزدهای واقعی در پرتو و بولیوی به میزان ۵۰ درصد، در مکزیک و گواتمالا به میزان ۳۰ درصد و در ونزوئلا بالغ بر ۲۵ درصد تنزل پیدا کرد. از سال ۱۹۸۰ تا سال ۱۹۸۷، سهم درآمد نیروی کار در محصول ناخالص ملی منطقه به میزان ۲۵ درصد کاهش یافت. طی سیزده اول دهه ۱۹۸۰، دستمزدهای واقعی در آمریکا نیز سریعتر از درآمد سرانه فرو افتاد.

افزایشهای سریع قیمت مواد غذایی، زمان ناشی از فراموشی واقعی در حال سقوط را تشدید می‌نماید. در بسیاری از کشورها به دلیل کاهش مؤسسه‌های غذایی، قیمت‌های بالاتر تولید کننده رفح کنترل از قیمت‌های مصرف کننده، کاهش ارزش پول، قیمت مواد غذایی بیش از سایر قیمت‌ها افزایش یافت. از سال ۱۹۸۰ تا سال ۱۹۸۵، سی‌سه‌م‌های غذایی در هر کدام از ۱۰ کشوری که به تفصیل مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، کاهش پیدا کرد. در پنج مورد پژوهی از شش مورد پژوهی به عمل آمده توسط یونیسف (هندوفی حمایت از کودکان ملل متحد)، افزایش‌های مربوط به قیمت مواد غذایی از افزایش هزینه عمومی زندگی تجاوز می‌کرد. و از سال ۱۹۸۰ تا سال ۱۹۸۷، میزان دسترسی سرانه به غذا به عنوان درصدی از

نیازمندها، در بیش از نیمی از کشورهای دریافت کننده وام‌های مرتبط با تعدیل ساختاری از بانک جهانی کاهش یافت.

طی دهه ۱۹۸۰، کاهش هزینه‌های دولتی در ارتباط با خدمات اجتماعی، عموماً بر فرایند توسعه انسانی آسیب رساند. گرچه کاهش هزینه‌های اجتماعی نیست به کل هزینه‌های دولتی متناسب نبود، لکن هزینه واقعی سرانه دولت در حدود دو سوم از کشورهای آمریکا و آمریکای لاتین، در برخی موارد به میزانی قابل توجه، کاهش پیدا کرد. از هزینه اجتماعی واقعی سرانه در مالدگاسکار (طی سالهای ۸۱-۱۹۸۰) ۱۱ درصد، در سنگال (۸۵-۱۹۸۰) ۱۸ درصد و در سومالی (۸۶-۱۹۸۰) ۶۲ درصد کاسته شد. در ژامبیا، ارزش واقعی بودجه دولتی در سال ۱۹۸۶، یک چهارم بودجه منظور شده در سال ۱۹۸۳ بوده و به دلیل کمبودهای ارزی تنها ۱۰ درصد از آن به مصرف رسید. در سال ۱۹۸۱، هزینه سرانه بهداشتی در بولیوی به کمتر از ۳۰ درصد قلم مذکور در سال ۱۹۸۰ فرو افتاده بود.

شرایط اجتماعی رو به وخامت به هیچ روی یکسان نبود. بدینسان کشورها به حمایت از آسیب‌پذیرترین گروهها در قبال فشارهای تزولی اقدام کردند. ژامبیا، بونواتا، کستاریکا، شیلی و جمهوری کوبا به تعدیل و حمایت شرایط انسانی موفق شده، اما اینها کشورهایی هستند که در باب توسعه انسانی همواره موفق بوده‌اند. به علاوه، بسیاری از آنها از بابت برنامه‌ریزی و مدیریت توسعه ملی، ظرفیتهای خوبی کسب کرده‌اند.

کشورهایی که در طول برنامه‌های تعدیل ساختاری دهه ۱۹۸۰، گروه‌های اجتماعی آسیب‌پذیر را مورد حمایت قرار دادند، به شریک‌های گوناگون عمل کردند.

● برخی کشورها از سیاستهای کلان اقتصادی انقباضی مغرط پرهیز نموده و بدین ترتیب توانسته

سطح درآمد و اشتغال را حفظ کنند. جمهوری کره و ژیمبابوه در مقایسه با آنچه که نوعاً رایج بوده، سیاستهای تعدیلی‌ای اتخاذ کردند که جنبه انقباضی کمتری داشت.

• برخی برای حفظ سطوح درآمد خانوارهای کم درآمد، طرحهای اشتغال ویژه‌ای را به اجرا گذاشتند. شیلی برنامهٔ وسیعی را از بابت کارهای عمومی به جریان انداخت که زمانی تا ۱۳ درصد نیروی کار کشور در آن اشتغال داشتند. ژیمبابوه اعتبارات قابل توجهی را در اختیار کشاورزان خرده‌ها گذاشت.

• بعضی کشورها به کمکهای غذایی ویژه‌ای در ارتباط با نیازمندترین گروهها اقدام کردند. در بونسوئا و شیلی، خردسالان و کودکان تحت مراقبت دقیق قرار گرفته و غذا و سایر کمکها بر حسب ضرورت برای آنها تأمین گشت.

• بعضی دیگر درصدد حمایت از هزینه‌های واقعی در رابطه با خدمات اجتماعی دارای اولویت برآمدند. ژیمبابوه، با کاستن از هزینه‌های دفاعی، هزینه‌های مرتبط با آموزش و پرورش و مراقبتهای بهداشتی را به میزان زیادی افزایش داد. بسیاری از کشورها، به رغم کاهشهای کلی هزینه‌های دولت به پشتیبانی از اقدامات کم هزینه و دارای اولویت بالا مبادرت نمودند و در زمینهٔ گسترش برنامهٔ مصون‌سازی به پیشرفتهایی قابل آموختن.

نظارت دقیق و نظامدار بر متغیرهای انسانی و اقتصادی، یکی از وجوه مشخصاً عمومی کشورهای موفق بود، ضرورت آمارهای خوب و به‌نگام در زمینهٔ آنچه که به وقوع می‌پیوست، از بابت سیاست‌گذاری مناسب و به‌موقع به اثبات رسید.

گرچه بسیاری از کشورها نتوانستند از طریق تغییر دادن جهت منابع به سوی زمینه‌های دارای اولویت، سطح توسعهٔ انسانی خود را طی این دورهٔ دشوار حفظ کنند، و در واقع به پیشرفت خود در کاهش نرخهای مرگ و میر افتاد و کودکان اندام

داند... مع‌هذا روشن بود که افول مداوم اقتصادی چنین تلاشهایی را با دشواری فزاینده‌ای قرین خواهد ساخت. در طول دههٔ ۱۹۷۰، جامائیکا، به رغم مشکلات اقتصادی، سطح پشتیبانی از فرایند توسعهٔ انسانی را حفظ کرده، لکن هزینه‌های اجتماعی بر اثر برنامه‌های تثبیت دههٔ ۱۹۸۰ به شدت کاهش یافت و شواهدی از توقف و حتی سیر معکوس در برخی شاخصهای انسانی مشاهده شد.

از این روی، برای فراهم شدن امکان افزایش درآمدها، گسترش اشتغال و بالا رفتن هزینه‌های دولتی مورد نیاز توسعهٔ انسانی، از سرگیری رشد اقتصادی ضروری است. چنانچه بحران مداوم بعدی و ارز در بخش اعظم آمریکا و آمریکای لاتین به نحوی خاتمه نیابد، ممکن است موفقیت‌های چشمگیری که تا کنون در زمینهٔ توسعهٔ انسانی حاصل شده‌است، به زودی از دست برود.

پسگرد توسعهٔ انسانی

توسعهٔ انسانی فرایند شکستهای است. رکوردهای اقتصادی و نتایج مشرب بر آن ستیز درآمدها است. اشتغال، کاهش دستمزدها و کاهشهای شدید هزینه‌های اجتماعی، پیشرفت در این عرصه را می‌تواند به سرعت معکوس کند. این شکستگی منحصر به کشورهای در حال توسعه یا رکوردهای اقتصادی نیست. در ایالات متحدهٔ آمریکا، شمار مردم بی‌سرمانه طی چند سال گذشته به شدت افزایش یافته است. همچنین در بریتانیا، وضع توزیع درآمد، چه درآمد اولیه و چه درآمد قابل مصرف (disposable) و نهایی، طی دههٔ ۱۹۸۰ وخیمتر شد و گسترش فقر را سبب گشت.

از دست رفتن دستاوردهای توسعهٔ انسانی ممکن است ناشی از سبیری باشد که کشوری برای توسعه در پیش می‌گیرد، چرا که توسعه به هیچ روی امری یک جهتی نیست. پیشرفتهای تکنولوژیکی تحرکی شگرف به تولید بخشیده و از جیبی بشمار زنده‌گی انسان را سهلتر کرده‌است. اما همین پیشرفتهای

آلودگی صنعتی نیز به همراه آورده است. تراکم فزاینده شبکه حمل و نقل، باعث تحریک جغرافیایی مردم و میزان دسترسی آنها به فرصتهای توسعه را گسترش داد. اما این امر با انحصار محیطی نیز قرین بود.

نکته این است که توسعه متضمن آثاری مطلوب و نامطلوب است. مردم باید قادر باشند در مورد کمیتی که به هر کدام از محاسن و معایب توسعه می‌دهند، به انتخابهای آگاهانه‌ای دست بزنند. آیا کشیدن سیگار لوزش مبتلا به سرطان ریه را دارد؟ آیا سرعت زیاد در بزرگراهها به مرگها و معلولیتهایی که همه ساله از رهگذر آن به بار می‌آید، می‌آورد؟ نتایج کلهرود کودهای شیمیایی از جهت لذت‌بخش محصول کشاورزی را به چه ترتیب می‌خوان با آثاری که از نظر آلودگی منابع آب بر آن مترتب است، مطابقت دارد؟ پاسخ این پرسشها چندان آسان نیست.

بسیاری از کشورها شاهد تسخیر روزافزونی حیات انسانها در رهگذر موج فزایندهٔ جنفلیت، اعتیاد، آلودگی محیطی، فروپاشی خانواده‌گی و آشوبهای سیاسی بودند. و اکنون خطر عمدهٔ دیگری حیات بشر را در معرض تهدید قرار داده‌است - بیماری ایدز.

توسعه و جرایم و جنایت

رابطهٔ بین جرایم و توسعه، رابطهٔ پیچیده‌ای است. تغییرات اقتصادی - اجتماعی سریع - که غالباً از مابت سبک زندگی مردم و از هم پاشیدن عتبارها و ارزشهای سنتی و نیز نابرابریهای اقتصادی و اجتماعی شدید، متضمن آثار چشمگیری است - ممکن است به افزایش جرایم بینجامد. فعالیتهای مجرمانه نیز، به نوبهٔ خود، می‌تواند با انهدام حیات انسانها و تشویق به مصرف مواد مخدر، عدم تعادلهای اجتماعی را از آنچه هست، و خیمتر سازد. شاید بهتر از آن این باشد که این قبیل فعالیتهای احساس آسپه‌پذیری و ناهنجاری در مردم پدید

می‌آورد و آنها را از برخورداری از منزلت انسانی همراه با احساس خوشبینی محروم می‌نماید.

به موازات دستیابی به سطح بالاتری از توسعه، جرایم مالی روه، فزونی می‌گردد. این رابطه در مورد انواع دیگر جرایم به آن حد قطعی نیست، اما معلوم است که دامنهٔ قتل و تعدی در کشورهای در حال توسعه، پیش از کشورهای توسعه یافته است، در حالی که از بابت سرقت و کلاهبرداری معکوس این قیاس صدق می‌کند.

بین سالهای ۱۹۶۰ و ۱۹۸۰، میزان جرایم خیابانی در نه کشور اروپایی بیش از دو برابر شد. از سال ۱۹۷۵ تا سال ۱۹۸۰، بیشترین افزایش به جرایم مرتبط با مواد مخدر مربوط می‌شد که در سطح جهانی به بیش از ۱۰ برابر رسید و برای کشورهای منفرد از ۵ درصد تا ۱۰۰ درصد در سال تفاوت می‌کرد.

ظاهراً ارتکاب جرم خالی از فایده نیست.

مجرمان با سازماندهی عملیات و ارتباطاتی در سطح جهانی، از لحاظ فنی بیش از پیش تجربه می‌انروزند و تشکیلات کارآمدتری ایجاد می‌کنند. عواید حاصل از فعالیتهای مجرمانه سازمان یافته، سر به میلیاردها دلار می‌زند و از محصول ناخالص ملی بسیاری از کشورها فراتر می‌رود. اما جرایم هزینه‌هایی نیز تحمیل می‌کند، زیرا توسعهٔ قابل ملاحظهٔ نیروهای انسانی، هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه، با اختصاص منابعی که در غیر این صورت می‌توانست صرف دستیابی به هدشهای توسعه شده، اتفاس است. که در قبال رشد میزان جرایم اتخاذ می‌گردد.

تفاوت مواد مخدر

مصرف مواد مخدر سلامت و بهزیستی میلیونها انسان را هم در کشورهای توسعه یافته و هم در جهان در حال توسعه تهدید می‌کند. امکاناً زیانهای حتی بزرگتری بر تولید و بازاریابی این گونه مواد مترتب است. متافع غیرقانونی عظیمی که از این

جدول ۵-۳. مواد مخدر تولید شده در سرتاسر جهان، ۱۹۸۰ و ۱۹۸۵ (تن)

۱۹۸۵	۱۹۸۰	نوع ماده مخدر
۶۴۴	۵۸۰۶	مشتقات شاهدانه
۳۶۰	۱۷۲	
۱	۱	
۵۶	۱۲	کوکائین
۱۴	۲	هروئین
۴۱	۵۲	تریاک

جدول ۶-۲. تغییرات در اندازه‌های خانوارها در کشورهای در حال توسعه انتخاب شده (درصد کل خانوارها)

کشور	۱۹۶۰			۱۹۸۰			۱۹۹۰		
	۱۹۸۰-۱۹۷۰	۱۹۶۰	۱۹۸۰	۱۹۷۰	۱۹۶۰	۱۹۸۰	۱۹۷۰	۱۹۶۰	
کاتادا	۳	۲	-	۳۷	۵۰	-	۲۰	۱۳	۹
انگلستان و ولز	۸	۷	۷	۳۹	۴۴	۴۴	۲۲	۱۸	۱۲
فرانسه	۵	۵	۴	۳۹	۴۱	۴۵	۲۴	۲۲	۲۰
آلمان غربی	۳	۲	۲	۴۲	۴۷	۵۵	۳۱	۲۶	۲۱
هلند	۶	۷	۶	۴۳	۵۳	۵۶	۲۲	۱۷	۱۲
سوئد	۴	۳	۳	۲۵	۳۰	۳۷	۲۳	۲۵	۲۰
سوئیس	۴	۵	۵	۴۱	۴۵	۴۸	۲۷	۲۰	۱۵
ایالات متحده	۸	۵	۴	۲۹	۴۰	۴۴	۲۳	۱۷	۱۳

طریق در کشورهای تولید کننده و مصرف کننده به

دست می آید، جامعه را به سوی جرمیم و جنایات سوق می دهد، مجریان قانون را به نساد می کشاند، خشونت را در کشورها رواج می دهد و به روزآوریهای نظامی بین کشورها کمک می کند.

در کنار تولید و تجارت مواد مخدر که در اقتصادهای کشورهای تولید کننده سهم فزاینده ای دارد، بیش از دو میلیون نفر مستقیماً اشتغال دارند. در آمریکای لاتین، بلژیک، کشت محصولات مخدر در هر هکتار بیش از ۱۰ تا ۲۰ برابر محصولات قانونی است. مع هذا، تولید کنندگان تنها چیزی از نسبت فروش خدماتی را که غالباً به ۱۲۰ برابر هزینه تولید بالغ می شود، به دست می آورند.

دانش اقتصاد و تجارت مواد مخدر قابل اندازه گیری نیست، لکن از آنچه که معلوم است به شدت در حال گسترش می باشد. در فاصله سالهای ۱۹۸۰ و ۱۹۸۵، کوکائین توقیف شده بیش از ۱ برابر و هرویین بیش از ۷ برابر افزایش یافت. طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۵، هر سرانسر جهان ۱۸ میلیون نفر به صورت منظم مواد مخدر غیرقانونی مصرف می کردند که از آن میان ۳۰ میلیون نفر به مشتقات مختلف حشیش، ۲۶۷ میلیون نفر به تریاک و ۷۰۰ هزار نفر به هرویین معتاد بودند. ارزش تجارت غیرقانونی مواد مخدر از ارزش تجارت جهانی نفت تجاوز می کند و تنها تجارت اسلحه است که ارزش بالاتری دارد.

مصرف کنندگان مواد مخدر به میزان یکی سوم کمتر از غیرمعتادان مولدند. احتمال سوءتاثیر ضمن کار در مورد آنها سه برابر است و دو برابر غیرمعتادان از محل کار قیبت می کنند. مصرف مواد مخدر در زمان حاملگی موارد بیشتری از سقط جنین و مرگ نوزادان و نیز وزن کمتر در زمان تولد و موقعیتهای ذهنی پامپنتر برای کودکان مانند گلاب را سبب می شود و به علاقه کودکان معتادان غالباً خود معتاد به دنیا می آیند. همچنین

مصرف کنندگان مواد مخدر از طریق تزریق در معرض خطر ابتلا به بیماری ایمز و انتشار آن می باشد.

اعتیاد به مواد مخدر هزینه های فزاینده ای را به معاندان و خانواده های آنها، به دولت از بابت اجزای برنامه های جلوگیری، توانبخشی، درمان و تنفیذ قوانین مربوطه و به جامعه از جهت از دست رفتن کار مولد و رواج خشونت، تحمیل می نماید. در سال ۱۹۸۸، ایالات متحده آمریکا به تنهایی ۲/۵ میلیارد دلار صرف اقدامات قانونی علیه تولید و خرید و فروش مواد مخدر نمود. مع هذا، قیمت های در حال تنزیل مواد مخدر حاکی از آن است که این تلاشها نارسا است. آن که باید مؤثر واقع شوند.

مساعی معطوف به کنترل مواد مخدر از آن جهت فرین ناگامی بوده است که تولید کنندگان و دست اندازگان خرید و فروش این مواد بر اثر وجود تقاضای شدید از جانب مصرف کنندگان، انگیزه های بسیار نیرومندی داشتند. از این روی، این کارزار همچنان بهای سنگینی تحمیل می کند. بی آنکه تقاضای از پیروزی در میان باشد.

زوال محیط راست

مردم باید قادر باشند با بهره مندی از آبه، هوا و حرکت، با کینه و بدون وجود مخاطرات بهداشتی کشنده بر اثر آسولات صنعتی و سایر عوامل انحطاط محیطی، در محیط زمینی سالم زندگی کنند. طی چند دهه گذشته، خطرات محیطی که از قبل نیز قابل توجه بوده، رو به فزونی گذاشته است. این خطرات، مخاطرات بهداشتی ناشی از افزایش مسای زمین، زمان وارد به لایه اوزون و آلودگی صنعتی و مصاب محیطی را شامل می گردند.

برخی از نکات مهم ترین مصاب محیطی دهه ۱۹۸۰ از قرار زیر بوده اند:

● نشت گازهای سمی از یک کارخانه تولید سموم دفع آفات در بوئنای هنده که به کشته شدن ۲۵۰۰ نفر و کور و منجروح شدن بیش از

۲۰۰۰۰ نفر انجامید.

● انفجار تانکهای گاز مایع در مکزیکوستی که ۱۰۰۰ نفر را کشت و هزاران نفر دیگر را بی‌خانمان کرد.

● سانه و آکتور اتسی چرنوبیل در اتحاد شوروی که به پراکنده شدن وادیهواکتیویته در سراسر اروپا منجر شد و خطر ابتلا به سرطان را به شدت افزایش داد.

● وقوع آتش‌سوزی در انباری در سوئیس که باعث سرازیر شدن موادشیمیایی محلولها و جیوه به رودخانه راین و از بین رفتن میلیونها ماهی شد و آب آشامیدنی در کشورهای آلمان و هلند را در معرض آلودگی فرار داد.

● وجود ۷۵۰۰۰ محمل دایر برای دفن ضایعات صنعتی در ایالات متحده که اکثراً فاقد حفاظتند، نشت مواد آلوده‌کننده به آبهای زیرزمینی را در پی داشته است.

این قبیل آلودگیهای صنعتی روند انقراض گونه‌های نپاتی بسیار را شتاب می‌بخشد و شاید فرصتهای بسیار را، به ویژه در قلمرو پزشکی، از جامعه انسانی سلب می‌کند.

● در حدود ۹۳ درصد جنگلهای بکر لوبه در ماناگاسکار از بین رفته و قریب به نیمی از گونه‌های لوبه (در حول و حوش ۲۰۰۰۰۰ گونه) ناپدید شده‌اند.

● از سال ۱۹۶۰ تا کنون، در غرب اکوادور تقریباً همه جنگلهای منظور ایجاد مزارع تولید موز متهدم شده‌اند. طی ۲۵ سال گذشته نزدیک به ۲۵۰۰۰ گونه ناپود شده‌است.

گریه سرطانیها، بیماریهای تنفسی و انواع اسهال ناشی از آلودگی در این حد عیان نیست، لکن زیان کمتری در بر ندارد.

● تنها در ۲۰۹ شهر از ۳۰۰۰ شهر بزرگ هند ناسیانی جزئی از باعث دفع فضولات وجود دارد و از آن بین فقط هشت شهر دارای امکانات کامل

بالایش فاضلاب می‌باشند. بیش از ۱۰۰ شهر، فاضلاب پالایش نشده، مواد شیمیایی و فضولات به رودخانه گنگ سرازیر می‌کنند. از هر پنج شهروند کلکته سه نفر به بیماریهای تنفسی ناشی از آلودگی هوا مبتلا هستند.

● تعداد مرگهای ناشی از سرطان ریه در شهرهای چین چهار تا هفت برابر متوسط ملی است و بسیاری از این مرگها را می‌توان به آلودگی سنگین هوا بر اثر استفاده از کوره‌های ذغال نسبت داد.

● در مالزی، میزان آلودگی مناطق کوالالامپور دو تا سه برابر شهرهای ایالات متحده آمریکاست.

● در ژاپن، آلودگی هوا محصول گندم و برنج را در برخی موارد تا ۳۰ درصد کاهش می‌دهد.

● در کشورهای در حال توسعه، همه ساله حدود ۱۰۰۰۰ نفر بر اثر مسمومیتهای ناشی از مواد آنت‌کشی می‌میرند، ضمن اینکه ۱۰۰۰۰۰ نفر نیز به شدت آسیب می‌بینند.

● انواع بیماریهای اسهال ناشی از تسهیلات غیر بهداشتی و آب آلوده هر سال به تخمین ۱ میلیون کودک را در کشورهای در حال توسعه از بین می‌برد.

به موازات این وخامت، پیشرفتهایی نیز حاصل آمده‌است. کشورهای توسعه یافته توانی را که در ارتباط با آلودگی دارند تا حدود زیادی سخت‌تر کرده‌اند. در اکثر شهرهای این گروه از کشورها آلودگی هوا رو به کاهش گذاشته است. در لوبهات با کلروفلوروکربنها (chlorofluorocarboes) اتفاقاتی در سطح جهانی آغاز شده‌است. طی سالهای اخیر ثابت آگامی از لوبهات محیط زیست و مخلوقتهای بازلر در حمایت از آن، گسترش فراوانی یافته است.

سخن‌ها، در مورد کشورهای در حال توسعه فشارهای جمعیتی، فقر و شهرنشینی، غالباً پیشرفتهایی از این دست را بی‌اثر می‌کند. اکنون بیشترین افزایش عوامل آلودگی به‌این کشورها

مربوط می‌شود؛ زیرا تنها شمارنده‌کنی از آنها از ظرفیت نصب، به گنگر گسترده و نگهبانری تکنولوژی‌هایی که از لحاظ محیطی بی‌خطرند برخوردار می‌باشند.

بر حسب مقدار منطبق، آلودگی صنعتی در شمال بسیار بیشتر از جنوب است. برای مثال، از مجموع کل رادار و گنگرهای که وارد نفا می‌شود، ۲۱ درصد از ایالات متحده آمریکا، ۱۱ درصد از استرالیا، کانادا، نیوزیلند، ژاپن و اروپای غربی، ۱۱ درصد از اروپای شرقی و تنها ۱۶ درصد از کشورهای، در حال توسعه، متشکل می‌گردد. در ارتباط با باران اسیدی، اروپای مرکزی بدترین وضع را دارد و هم اینک حدود نیمی از جنگلهای آلمان غربی دچار آسیب شده‌است.

طبق نظر سازمان بهداشت جهانی، هزینه اقدامات معطوف به چاروبایی برای جلوگیری از زوال محیط زیست و رفع خطرات سلامتی که از این رهگذر سلامت عمومی را تهدید می‌کند، از هزینه‌های پیشگیری آن فروتر خواهد بود.

پناهندگان و آوارگان

امکانات انسانی فراوانی بر اثر مهاجرت آبیاری، هزینه‌ت مردمی که در رهگذر آلودگی‌های سیاسی، روانی‌های نظامی یا کشمکشهای قومی ناچار از ترک سرزمین و دلبایی‌های خود می‌شوند، بروز می‌دهد. به دلایلی از این گونه، در پایان دهه ۱۹۸۰، ۱۲ تا ۱۴ میلیون نفر خود را به اجتناب پناهنده به ثبت رسانده بودند.

جهان همیشه شاهد حرکتهای جابجایی گسترده‌ای بوده‌است. جنگ جهانی دوم و پیامدهای آن حدود ۱۵ میلیون نفر، شامل آلمانها، مجارها، ایتالیاییها، چکها و روسها را تا گذر از ترک میهن نبود. نجزیه شبه قاره هند در سال ۱۹۴۷، بیش از ۱۱ میلیون انسان را از ریشه کند. بیش از یک میلیون فلسطینی اینک آوارانند. جنگها و بحرانهای اروپای در بخشهای مختلف آفریقا نیز حسب

آوارگی میلیونها نفر شده‌است - برای مثال، نجزیه در سال ۱۹۴۳ یک میلیون نفر را از خاک خود اخراج نمود.

طی دهه ۱۹۸۰، مشکل پناهنده گان به شدت گسترش یافت. در مقایسه با ۸ میلیون پناهنده در ابتدای دهه، در سال ۱۹۸۸ تعداد آوارگان به ۱۱ میلیون نفر رسید. جنگ افغانستان آوارگی حدود ۵ میلیون نفر یعنی یک سوم جمعیت آن کشور را به مدیال آورد. نژادیک به ۳۰۰۰۰۰ نفر از سوئالی به اروپای پناهنده شدند. قوم ترک در بلغارستان و قایق نشینان آوار و یمنی، از جمله سایر گروههای در حال افزایش پناهنده گان می‌باشند. در آمریکای مرکزی، ۱۶۰۰۰۰ السالوادوری در سرتاسر آمریکای لاتین (۱۲۰۰۰۰ نفر در مکزیک) پراکنده شده‌اند، گوانتالاپیهای بسیاری در مکزیک و ایالات متحده و نیکاراگوئه‌ایهای زیادی در هندوراس، مکزیک و ایالات متحده به آوارگی سر می‌کنند.

علاوه بر پناهنده گان بین المللی، میلیونها انسان در سرزمین خود آواره شده‌اند؛ در سال ۱۹۸۸، ۱۰ میلیون نفر در آفریقا، شامل ۲/۷ میلیون نفر در اوگاندا، ۴ میلیون نفر در سودان و ۱/۱ میلیون نفر در بوروندیک جزو این گروه از آوارگان بودند.

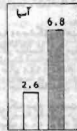
گروههایی از آوارگان محیطی را که امروزه در ردیف پناهنده گان سیاسی به شمار می‌آیند باید بر ارقام فوق اضافه نمود: ۱۲ تا ۱۴ میلیون نفری که به دلیل زوال منابع طبیعی و تبعات آن هستند خشکسالی، سیل، فرسایش خاک، بهره‌زیایی از دست رفته، محصول نامکفی و خطر گرمکنی و مرگ را در بردهای خود را رها کرده‌اند.

تعبیر الگوهای خانواده

در بسیاری از نقاط جهان، خانواده هسته‌ای - نوعاً متشکل از والدین و فرزندانشان، جایگزین خانواده گسترده سنتی شده‌است. افول خانواده گسترده با فروپاشی حفاظ ادنیسی اجتماعی و پشتیبانی که از

شکل ۱۷-۲ پانصدگان به تفکیک منطقه

میلیون نفر



اکنون، در بسیاری از کشورها، خانواده هستی خود در حال از هم پاشیدن است و جای خود را به خانواده‌های تک نفره یا تک سرپرست می‌سپارد. در سال ۱۹۸۸، خانواده‌های هستی دارای پدر و مادر و فرزندان در بریتانیا تنها یک چهارم خانواده‌ها را تشکیل می‌دادند. در ایالات متحده آمریکا، زوجهای همراه فرزندان از ۱۱ درصد کل خانوارها در سال ۱۹۶۰ به ۲۹ درصد در سال ۱۹۸۰ تنزل یافت، در حالی که در همین مدت خانوارهای تک نفره از ۱۳ درصد به ۲۳ درصد و خانوارهای تک سرپرست از ۴ درصد به ۸ درصد افزایش پیدا کرد. اگر این روند همچنان ادامه یابد، در سال ۲۰۰۰ تنها سه خانواده از هر پنج خانواده جوان آمریکایی را زن و شوهر به اتفاق سرپرستی خواهند کرد. در بسیاری از کشورهای نوسه یافت دیگر نیز روندها بر همین منوال است. از سوی دیگر، وقوع طلاق در شمال در حد بالایی بوده و به نظر می‌رسد در جنوب نیز رو به افزایش گذاشته است.

هم در شمال و هم در جنوب، زنان فقیر بیشترین آسیب را از چنین روندهایی می‌بینند. از آنجا که زنان در قیاس با مردان واجد شرایط پایبندتری هستند، غالباً در مشاغل کم‌درآمدتری جذب می‌شوند و فرصتهای ارتقای شغلی کمتری دارند و در نتیجه کمتر از مردان قادر به تعلق معاشی آبرومندانه برای خانواده‌های خود می‌باشند. شمار روبه تزاید خانوارهای تحت سرپرستی زنان، جنبهٔ زنانهای به مسئله فقر داده است.

بیماریهای گرمسیری و اپیدمی ایدز

شمار وسیعی از مردم جهان در حال توسعه از بیماریهای نوانفرسا یا مرگزای گرمسیری رنج می‌برند و در معرض ابتلا به این قبیل بیماریها قرار دارند.

● مالاریا در ۱۰۷ کشور بومی است و بیش از نصف جمعیت جهان را تهدید می‌کند. هر سال

رهگذر آن برای اعضای آن فراهم می‌شود، همراه بودعاست. در بسیاری از کشورها، به ویژه کشورهای در حال توسعه نظامهای جایگزین - مبداهای کودک، بیمه‌های درمانی و بیکاری و سایر خدمات اجتماعی - هنوز پدید نیامده‌است. این گذر دشوار غالباً بر سستیهای قابل ملاحظه‌ای، به ویژه برای کودکان، سالمندان و معلولان، دلالت می‌کند.

۱۰۰ میلیون مورد ابتلا به مالاریا رخ می‌دهد و در حدود یک میلیون نفر بر اثر آن از بین می‌روند.

● آکودگسی به گرمسهای اتسکه سرکسا (anchocerciasis) گریبانگیر حدود ۱۸ میلیون نفر است و ۸۰ میلیون نفر دیگر در معرض تهدید جدی آن قرار دارند.

● شپستوزومیاز در ۷۶ کشور به صورت بومی درآمده و در حالی که هم اینک ۲۰۰ میلیون نفر به آن مبتلا هستند، ۶۰۰ میلیون نفر دیگر در معرض ابتلا قرار دارند.

● بیش از ۹۰ میلیون نفر دچار آلودگی به انواع فیلاریا (filariasis) هستند و خطر ابتلا ۱۰۰ میلیون نفر دیگر را تهدید می‌کند.

در ارتباط با آلودگی به گرمسهای اتسکوسرگا، توزیع فلوی ابورمکتین (ivermectin) طی سالهای اخیر به نحو چشمگیری چلوساز واقع شده است. مع‌هذا در مورد مالاریا طی ۱۵ سال گذشته از بابت کاهش شمار مبتلایان پیشرفت چشتی حاصل نشده است. در این زمینه وضع مسکن است بستر نیز شده باشد، زیرا در ارتباط با همه بیماریهای گرمسیری موارد گزارش شده به میزان قابل توجهی کمتر از حدود واقعی است.

بیماریهای گرمسیری متضمن عوارض شبدی است. برای مثال، در یک روستای آلوده به انگل فیلرودمدین (guinea worm) ۱ بهرمنگی کشاورزی به میزان ۳۰ درصد کاهش یافته است. در بسیاری موارد، بیشترین مبتلایان کوره گفتند. در آفریقا، جنوب صحرا، مالاریا سبب مرگ بیش از ۱۰۰۰۰۰ کودک زیر یک سال و ۶۰۰۰۰ کودک بین سنین یک تا چهار سال گفته است. حتی در مواردی که کودکان از این بیماری جان سالم به در می‌برند، رشد بدنی و توانایی فراگیری آنها غالباً کاهش می‌یابد.

کارگران مهاجر نیز در معرض خطر زیادی قرار دارند. بهروزن به مولود بسیاری از ابتلا به

مالاریا در محللای اسکان جدید جمعیت سیار و متنوع در طول رودخانه آمازون برخوردمانند.

از این روی، برای پیشبرد تحقیقات در زمینه جلوگیری و کنترل بیماریهای گرمسیری و فلرک دارو برای مردم در معرض خطر، تلاش قاطعانه‌ای لازم است.

ایمنز به عنوان تهدیدی وحشتنا برای جامعه بشری، در اواخر دهه ۱۹۷۰ به ظهور رسید. ظاهراً در سرتاسر جهان بین ۵ تا ۱۰ میلیون نفر گرفتار این بیماری‌اند، گرچه تا پایان سال ۱۹۸۸ تنها ۱۳۳۰۰۰ مورد به سازمان بهداشت جهانی گزارش شده بود. از موارد گزارش شده، حدود ۶۸ درصد به کشورهای آمریکا، عمدتاً آمریکای شمالی، ۱۴ درصد به اروپا، ۱۷ درصد به آفریقا و ۱ درصد به آسیا و اقیانوسیه مربوط می‌شد. اما با توجه به کمبود امکانات تشخیص و گزارشگیری، این ارقام را باید جزئی از آنچه که در واقع هست، به حساب آورد. ارقام واقعی، به ویژه در کشورهای در حال توسعه، می‌باید بسیار بالاتر باشد.

بیشترین مبتلایان به این بیماری در سنین ۲۴ تا ۴۰ سال به سر می‌برند و در واقع مولدترین اعضای نیروی کار می‌باشند. در برخی از شهرهای آفریقا، میزان ابتلا به ایندز در گروه سنی مذکور، ۲۵ درصد تخمین زده می‌شود.

بیماری ایندز می‌تواند بسیاری از موفقیت‌های را که از بابت کاهش مرگ و میر خردسالان و کوره‌گش و افزایش امید به زندگی حاصل شده است، باطل نماید. برآورد شده است که چنانچه ۵ درصد زنان باردار در یک کشور نوعی در حال توسعه آفریقایی به این بیماری مبتلا شوند، نرخ مرگ و میر خردسالان حدود ۱۳ در ۱۰۰۰ که خود از نرخ فعلی در اکثر کشورهای توسعه یافته بالاتر است، افزایش خواهد یافت.

هزینه مراقبت از مبتلایان به ایندز فشارهای شدیدی بر بودجه‌های بهداشتی - درمانی کشورها

تحمیل می‌کند. در سال ۱۹۸۸، هزینه عمومی تحقیقات و آموزش در ارتباط با ایمنی در ایالات متحده آمریکا به ۹۰۰ میلیون دلار و هزینه مراقبت از هر بیمار به ۵۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰۰ دلار بالغ شد. هزینه‌هایی در این مقیاس در کشورهای در حال توسعه می‌تواند در زمانی اندک کمال بودجه‌های بهداشتی - درمانی را از آن خود کند. گریچه هزینه‌های مراقبت در کشورهای در حال توسعه بسیار کمتر است. هم‌اکنون مراقبت از بیماران مبتلا به ایمنی به بودجه این کشورها فشار شمیسه‌ی وارد می‌کند و منابع را از سایر اولویتها باز می‌گیرد. محمل مطلب اینکه تصویر توسعه انسانی نیاز به

تعدیل دارد. پیشرفت انسانی خود به خود حاصل نمی‌شود و درآمد بالاتر تضمینی برای زندگی بهتر نیست. مسایل مرتبط با بنگرد و اختلال روند توسعه انسانی چالشی است که هم کشورهای توسعه یافته و هم کشورهای در حال توسعه با آن روبرویند؛ لکن، تر سوی دیگر، این مسایل اهمیت محوری توسعه انسانی را به عنوان یکی از دغدغه‌ها و اولویتهای مستمر سیاستگذاری به تأکید مطرح می‌سازند. فرایند توسعه حتی در کشورهای برخوردار از درآمدهای بالاتر، پرنسب باشد که نخستین هدف آن یعنی ارتقای زندگی انسان نادیده گرفته شود.

کافر ۱۰۲

فقرایند کنسانی هستند؟

نگرانی دوباره در مورد محرومیت انسانی طی مسائلی اخیراً تحقیقات رویه گسترشی را در باب فقر سبب گشت است. چگونگی از برخی واقعات برجست در این زمینه را در زیر از نظر می‌گذرانند.

نخست اینکه فقرا گروه همگنی نیستند. فقرای مزمن در حاشیه جامعه قرار دارند و مقام از محرومیت مفرط در رنجند. فقرای سببایش از قبیل بیکاران فصلی، گامی گرفتار فقر می‌باشند. نولتیران و مانند گزینندگان دولت و کارگران صنعتی از کار برکنار شده قربانیان مستحکم برنامه‌های تسهیل ساختاری دهه ۱۹۸۰ محسوب می‌شوند. دوم اینکه در جهان سوم بیش از نیمی از فقر می‌باشد فقر در فقر مطلق به سر می‌زنند. از این تعداد ۶۱ درصد در آسیا، ۲۱ درصد در آمریکا و ۱۲ درصد در آمریکای لاتین و منطقه کارائیب، سکونت دارند. در آفریقا، بافتروش جمعیت مطلقاً فقیر به میزان یک سوم در فاصله سالهای ۱۹۷۰ و ۱۹۸۵، فقر سرسختی رشد یافته است.

سوم آنکه سه چهارم مردم فقیر کشورهای در حال توسعه در مناطق روستایی زندگی می‌کنند. مع‌الفاظ به دلیل گسترش سریع زنده‌ها و زور آنها در شهرها به نرخ خانوائی معادل ۷ درصد اخیراً روندی از اکتفا فقر به مناطق شهری به چشم می‌خورد. چهارم آنکه بین فقر و محیط زیست رابطه نزدیکی برقرار است. حدود سه چهارم مردم فقیر کشورهای در حال توسعه در مناطقی کندی‌الماطیوم شناختی آسیب‌پذیرند و حاصل‌شیرین زمانی ناچیزی دارند. جمع ششامده به دلیل کمبود اشتغال و فرصتهای کسب درآمد در بیرون از حوزه کشاورزی، روزان محیطی و فقر به طور معلوم یکدیگر را تشدید می‌کنند.

پنجم آنکه فقر از الحاظ جنسی فاطمه جانبدار است. سرپرستی بخش بزرگی از خانوارهای فقیر به ویژه در مناطق روستایی آفریقا و زاندهای شهری آمریکای لاتین را زنان بر عهده دارند. بزرگ تفاوتها تمیض آلود در توزیع غذا و سایر حقوق در محدوده خانواده اعضای زن خانواده غالباً وضعی بهتر از مردان دارند. در آمریکا ۷۵ درصد غذا را زنان تولید می‌کنند، با وجود این در مقایسه با مردان از محرومیت شدیدتری در رنجند.