

چشم‌انداز رفاه اجتماعی در جهان امروز*

گردآوری و ترجمه دکتر ناصر موفقیان

در این شماره:

- خصوصی‌سازی خدمات درمانی یا افزایش مالیاتها برای بهبود مراقبتهای بهداشتی
- آلودگی آبها: عامل اشغال ۵۰ درصد از کل تختهای بیمارستانی سراسر دنیای ما
- کمکهای نقدی به نیازمندان، برنامه‌ای حمایتی است یا ...
- اعلام خطر زیست‌محیطی: هوای داخل خانه‌های ما آلوده‌تر از هوای خارج است
- ادامه بردگی در کشتزارهای فلوریدا
- شتابزدگی و فشار خون، دوستان قدیمند ...
- "خدمات عمومی"، وظایف دولت و حق رقابت آزاد
- چاقی زیاده از حد کودکان و نوجوانان امریکایی را تهدید می‌کند
- صندلی چرخدار انقلابی
- ۵۳ درصد از کودکان شهر لندن در زیر خط فقر بسر می‌برند
- بیمارستانهای از نفس افتاده...
- بذر موفقیت‌های چین در کودکستان‌ها پاشیده می‌شود
- اعلام خطر سازمان جهانی بهداشت: در افریقا، هند، روسیه و چین بیماری ایدز از کنترل خارج شده است.

* مآخذ مورد استفاده در این بخش:

Independent, Le monde, ILO, USA today, Associated press, AFP, Network Social Security, CNN, Reuiter, Gardian.

خصوصی سازی خدمات درمانی یا افزایش مالیاتها برای بهبود مراقبتهای بهداشتی

... «چنانچه قرار باشد نظام تأمین اجتماعی ما نیازهای حاد کنونی را در زمینه مراقبتهای درمانی برطرف سازد و، در عین حال، در زمینه های تازه ای مانند مراقبتهای خانگی و تأمین هزینه های دارویی نیز گسترش یابد، باید پول داشته باشیم - پول نقد - چه رسد به آنکه بخواهیم نظام مراقبتهای درمانی را به طرز موفقیّت آمیز برای رویارویی با نیازهای آینده اصلاح کنیم...»

... «قابل انکار نیست که بودجه بندی های اخیر دولت فدرال بهبودهایی از نظر تأمین نیازهای حاد کنونی در عرصه مراقبتهای بهداشتی - درمانی نشان می دهد، ولی واقعیت آن است که مسئولان حکومتی در اوتاوا [پایتخت کانادا] هنوز هم کمتر از گذشته - و خیلی خیلی کمتر از آنچه لازم است - به مسئله مهم مراقبتهای درمانی می رسند.»

... «مقامات مسئول در اوتاوا، در زمینه تخصیص اعتبارات مربوط به مراقبتهای بهداشتی - درمانی ایالت های کشور - بویژه در مورد اونتاریو - حساست را به بالاترین حد ممکن رسانده اند و این تنگ چشمی را هم با توسل به "معجزه" خصوصی سازی توجیه می کنند.»

انتقادهای تندوتیزی که در بالا به نظرتان رسید، بخشهایی از حملات لفظی آقای روی رومانف، رئیس کمیسیون بهداشت پارلمان کانادا، و نخست وزیر سابق ایالت ساسکاچوان در آن کشور، است که در برابر ۵۰۰ نفر از کارشناسان و مقامات مسئول دولت فدرال کانادا ایراد شده است.

صرفه جویی کاذب

آقای رومانف در سال گذشته از سوی نخست وزیر وقت کشور، آقای ژان کرتین، مأموریت یافته بود که پس از بررسی های لازم توصیه هایی در مورد آینده نظام مراقبتهای بهداشتی - درمانی در کانادا به دولت فدرال ارائه دهد. ولی هشت روز پیش از تقدیم گزارش خود به دولت، آقای رومانف ضربه های غیرمستقیمی به بعضی از ایالت های خودمختار کشور، مانند اونتاریو، وارد آورد. علت این حملات تقریباً آشکار هم حرکتی است که در این ایالتها در جهت خصوصی سازی خدمات درمانی آغاز شده است - حرکتی که آقای رومانف آن را نوعی «صرفه جویی کاذب» می خواند.

به گفته آقای رومانف، «مشارکت دادن بیشتر و وسیع‌تر بخش خصوصی در نظام خدمات بهداشتی - درمانی راه، مقامات مسئول راه‌حلی می‌دانند برای مبارزه با تشریفات اداری وقت‌گیر و انتظارهای طولانی مراجعان برای دستیابی به خدمات درمانی مورد نیاز همگانی. ولی با کمال احترام باید عرض کنم که این استدلال فاقد هرگونه پایگاه منطقی است. حقیقت آن است که دولت کانادا، چه در سطح فدرال و چه در سطح ایالتها، در نوعی تله توهم‌زا گرفتار آمده است، و به همین دلیل آنچه را که خود هزینه می‌کند با هزینه‌هایی که مردم سراسر کشور از جیب خود می‌پردازند عوضی می‌گیرد.»

در نتیجه این اشتباه - به گفته آقای رومانف - «مسئولان دولتی دچار این توهم شده‌اند که اگر، از طریق خصوصی‌سازی، بودجه دولتی خدمات بهداشتی - درمانی را کاهش دهند، وضع و حال رأی‌دهندگان بهتر خواهد شد. حال آنکه، در عمل، آنچه پیش خواهد آمد فقط و فقط این خواهد بود که پرداخت هزینه خدمات درمانی از دولت به افراد منتقل خواهد شد. به عبارت دیگر، مردم کانادا به جای آنکه هزینه خدمات درمانی را از طریق مالیات بپردازند، مستقیماً از جیب خود خواهند پرداخت.»

آقای رومانف در توضیح استدلالهای خود اضافه می‌کند: «این جابه‌جا کردن پرداختهای نقدی شاید در کوتاه‌مدت برای دولتها امتیازاتی را دربر داشته باشد، ولی به احتمال زیاد در متوسط مدت و درازمدت، این‌گونه صرفه‌جویی‌های کاذب هم برای دولت و هم برای کل جامعه ما بسیار گرانتر تمام خواهد شد.»

دلیلی که آقای رومانف برای این نظریه خود مطرح می‌کند این است که ارائه خدمات درمانی و تأمین هزینه آن از سوی دولت عملاً ارزانتر و منصفانه‌تر تمام خواهد شد تا از سوی بخش خصوصی با هزاران بیمه‌گذار و بیمه‌گری که در آن می‌لوند و مسلماً هزینه‌های اداری پر عرض و طولی هم به وجود خواهند آورد.

رومانف توضیح می‌دهد که این نتیجه‌گیری‌های او حاصل بررسی‌هایی است که در مورد تجربیات خصوصی‌سازی ایالات متحده آمریکا و انگلستان به عمل آورده است:

«هیچ‌گونه شواهد مسلمی در دست نیست که نشان دهد این‌گونه راه‌حل‌ها خدمات درمانی بهتر و ارزانتری عرضه می‌کنند، یا دستیابی به خدمات بهداشتی - درمانی مورد نیاز را - جز برای آنهایی که قدرت پرداخت از جیب خود را دارند - آسانتر می‌سازند.»

افسانه‌ها و واقعیت‌ها

«من آدم مسئولیت ناشناسی خواهم بود اگر نوعی نظام خدمات درمانی در بالاترین سطح جهانی را که ممکن است مسائل و دشواری‌هایی هم داشته باشد - ولی نوعی نماد ملی افتخارآمیز هم محسوب می‌شود - برای هیچ و پوچ به مخاطره بیندازم، آن هم صرفاً به دلیل باور کردن افسانه‌هایی که به جای واقعیت به خورد ما می‌دهند، یا براساس داعیه‌های مشکوک "جهش‌های اعتقادی"».

«نظام خدمات درمانی کانادا، در قیاس با دیگر کشورها، بهترین و موفقیت‌آمیزترین نمونه‌های موجود بوده است و می‌تواند همین موقعیت را در آینده هم حفظ کند. ولی اکنون، نظام خدمات درمانی ما بر سر دوراهی خطرناکی قرار گرفته است. نظام جاری تنها پزشکان و بیمارستانها را پوشش می‌دهد. اما خدمات بهداشتی بیش از پیش از طریق دارودرمانی یا در خانه‌های افراد صورت می‌گیرد - یعنی در خارج از بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها و مطب پزشکان. در نتیجه، دولت فدرال و مقامات مسئول ایالتها باید دست به کار شوند تا مراقبتهای خانگی و دارو درمانی را هم به مدار مراقبتهای درمانی بکشانند.»

در این زمینه، گفته‌های آقای رومانف فاقد صراحت لازم است، ولی مفهوم سخنان او این است که مراقبتهای بهداشتی - درمانی خانگی و هزینه‌های دارویی استعلاجی نیز باید هرچه زودتر در «قانون بهداشت و درمان» کانادا، که ناظر بر خدمات درمانی عمومی است، گنجانده شود.

در مورد مسئله دارو، نظر رومانف این است که دولت باید هرچه زودتر به اصلاح وضع مصیبت‌بار پوشش بیمه‌ای داروها بپردازد، و اقدامات لازم را در دیگر زمینه‌های مرتبط با دستیابی به داروهای مورد نیاز نیز به عمل بیاورد.

بسیاری از ایالتها، از جمله اونتاریو، برنامه‌های محدودی برای تأمین هزینه‌های دارویی سنگین بیماران مبتلا به ایدز در اختیار دارند. ولی این برنامه‌ها از نظر فنی بخشی از خدمات درمانی ملی محسوب نمی‌شوند و، بنابراین، نمی‌توانند از اعتبارات فدرال استفاده کنند، در ضمن، هیچ‌کدام از پوششهای حمایتی «قانون بهداشت و درمان کانادا» هم شامل آنها نمی‌شود.

رومانف می‌گوید بخشی از منابع مالی جدیدی که از دولت فدرال تقاضا کرده است به مصرف مراقبت‌های درمانی خانگی و هزینه‌های دارویی خواهد رسید. ولی بخش مهمی از منابع یادشده، به گفته او، به صورت چیزی درخواهد آمد که وی آن را محتاطانه «سرمایه‌گذاری‌های ویژه اصلاحات نظام جاری خدمات درمانی» می‌نامد، و نتیجه کلی هم عبارت خواهد بود از کاهش زمان انتظار «بی‌جهت طولانی» برای بعضی تشریفات اداری.

«اجازه می‌خواهم که نگاهی به واقعیت‌ها داشته باشیم... این مسائل خطرناکند، چون اعتماد عمومی را سست می‌کنند، و هنگامی که این حالت پیش آمد، نغمه‌سرای‌های فریبنده مدافعان خصوصی‌سازی آغاز می‌شود و چنان فضایی به وجود می‌آورند که گویا تمام مسائل ما با راه‌حل معجزه‌آسای خصوصی‌سازی برطرف می‌شود.»

آقای رومانف، در سخنرانی مشهور خود، کوبنده‌ترین انتقادهای خود را متوجه کسانی کرد که مدعی‌اند خصوصی‌سازی راه‌حل تمام مسائل نظام خدمات درمانی کاناداست. وی خاطر نشان کرد که در ظرف تمام ۱۸ ماهی که مشغول بررسی و تهیه گزارش خود بوده است، همواره از مدافعان خصوصی‌سازی تقاضا کرده شواهد و دلایل مستند راه‌حل‌های پیشنهادی خود را عرضه کنند، ولی هیچ‌گونه دلیل و مدرک مستندی ارائه نشده است.

در عوض - باز هم به گفته آقای رومانف - همه واقعیت‌ها و بررسی‌ها دال بر این بوده است که خصوصی‌سازی عصبای موسی نیست و گرهی از کار فروبسته خدمات درمانی موجود نخواهد گشود. به اعتقاد آقای رومانف، یک نظام خدمات بهداشتی - درمانی خصوصی به موازات نظام عمومی موجود، کار را خرابتر هم کرد، چون پزشکان و دیگر کارکنان حرفه‌ای خدمات بهداشتی و درمانی را از بخش عمومی بیرون خواهد کشید. و در مورد صف‌های انتظار هم باید گفت که - جز برای کسانی که توان مالی کافی داشته باشند - زمان انتظار طولانی‌تر هم خواهد شد.

در این مورد، رومانف از پشتیبانی دیگران، از جمله کمیته بهداشت مجلس سنا و شورای بهداشتی دستچین‌شده از سوی رالف کلاین، نخست‌وزیر ایالت آلبرتا برخوردار بوده است. ولی رومانف حتی از رؤسای این کمیته‌ها و شوراها نیز فراتر رفته و به صراحت اعلام داشته است که

حتی استفاده از بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های انتفاعی برای ارائه خدمات درمانی به هزینه دولت نیز کاری مهم و بی‌فایده خواهد بود.

اصلاح نظام خدمات درمانی یا افزایش مالیاتها

اما، درست یک روز پیش از انتشار گزارش آقای رومانف، نظرسنجی ویژه‌ای که به مناسبت اصلاحات نظام خدمات درمانی کانادا صورت گرفته بود، اعلام می‌داشت که اکثریت بیشتر کانادایی‌ها مخالف افزایش مالیاتها برای بهبود وضع خدمات درمانی هستند.

مدیر مؤسسه‌ای که نظرسنجی را انجام داده بود، ایسپسوس - رایید، اعلام کرد که «مردم می‌گویند ما هم‌اکنون نیز مبالغ مهمی برای مراقبت‌های بهداشتی - درمانی هزینه می‌کنیم. اما معلوم نیست چرا سطح خدماتی که به ما عرضه می‌شود بالاتر نمی‌رود. به طور کلی، مردم کانادا آشکارا بر این عقیده‌اند که پیش از تخصیص هرگونه اعتبار اضافی به بودجه خدمات بهداشتی - درمانی باید بعضی موضوع‌های اساسی روشن شود.»

به موجب این نظرخواهی که از سوی شبکه خبر رادیو تلویزیون کانادا با همکاری مؤسسه‌های دیگر به مرحله اجرا درآمده است، اکثریت عظیمی از افراد تحت بررسی - ۸۸ درصد - معتقدند که اگر منابع مالی کنونی نظام مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی به طرز مؤثرتر و منطقی‌تری مورد استفاده قرار گیرد، احتیاجی به افزایش مالیاتها نخواهد بود.

این نتیجه‌گیری تا حدی در تعارض با اظهارات قبلی آقای رومانف است که به موجب آنها تخصیص اعتبارات بیشتری از سوی دولت، بویژه در پایتخت، برای حفظ و استمرار نظام کنونی مراقبت‌های بهداشتی - درمانی ضرورت دارد.

ولی ۶۵ درصد از افراد تحت بررسی با یکی دیگر از پیشنهاد‌های آقای رومانف موافقت؛ پیشنهادی که به موجب آن نظام خدمات بهداشتی - درمانی کانادا احتیاجی به دریافت پول بیشتری از کاربران یا روی آوردن به بخش خصوصی ندارد.

به گفته آقای بریکر، مدیر مؤسسه نظرسنجی یادشده، «همه آنهایی که از بالای درخت خصوصی سازی مراقبت‌های پزشکی داد و فریاد می‌کنند، درخت را عوضی گرفته‌اند. اگر چیزی

وجود داشته باشد که مردم کانادا سخت به آن چسبیده‌اند، همانا مراقبتهای درمانی همگانی است. «آقای بریکر اضافه می‌کند که مخالفت با افزایش حق‌الزحمه‌ها و حق‌العمل‌های پزشکی و بیمارستانی در تمام سطوح درآمدها وجود دارد. بسیاری از کارشناسان و حرفه‌ای‌های خدمات درمانی معتقدند که کارد نظام خدمات درمانی به استخوان رسیده است (بویژه در اثر کاهش‌های متوالی بودجه طی دهه ۱۹۹۰)، ولی به گفته آقای بریکر «مردم کانادا چنین اعتقادی ندارند.»

تفسیر کارشناسان نظرسنجی این است که «از نظر مردم، نظام خدمات بهداشتی - درمانی نوعی جعبه سیاه عظیم است که به وسیله گروه بزرگی از آدمهای سفیدپوش، با عناوین پرطمطراق و مسئولیت‌های خوش آب و رنگ، اداره می‌شود، و برحسب تعریف هر چیزی به این بزرگی و عرض و طول طبعاً ناکارآمد خواهد بود.» و مسئله این است که هیچ‌کس هم تاکنون نتوانسته موارد مشخصی مطرح سازد که این اعتقاد مردم را سست کند.

آقای بریکر می‌گوید: «هنگامی که برگزیدگان محافل پزشکی درباره مراقبتهای درمانی سخن می‌گویند، حرف اصلی‌شان همواره این است که به پول بیشتری نیاز داریم. ولی حرف مردم عادی این است: همین حالا هم من کلی مالیات می‌پردازم، ولی هرگز احساس نکرده‌ام که خدمات درمانی بهتری به من عرضه می‌شود.»

البته آقای بریکر هم موافق است که این طرز تفکر مردم تا حدی رؤیایاگونه است و اصلاح نظام خدمات درمانی به پول احتیاج دارد و تمام مسائل با افزایش کارایی نظام حل نمی‌شود. کارشناسان امور پزشکی می‌گویند: «ما وظیفه‌ای نداریم که چیزی را به اثبات برسانیم» و مردم می‌گویند، «ادعاهایتان را ثابت کنید!»

نتایج بررسی سه‌روزه‌ای که روی یک نمونه ۱۰۰۲ نفری از کانادایی‌های بزرگسال به عمل آمد، کمتر از یک هفته پیش از گزارش رومانف درباره آینده مراقبتهای پزشکی در کانادا انتشار یافت. در مورد هر یک از پرسشها احتمال دقت آماری در حد ۹۵ درصد بود و حاشیه خطا از به اضافه یا منهای ۳/۱ درصد تجاوز نمی‌کرد.

وزیر بهداشت کانادا، خانم مک لولان، اعلام کرده است که گزارش رومانف را در همایشی مرکب از تمام وزیران بهداشت ایالتی مورد بررسی قرار خواهند داد و کانادایی‌ها هم منتظرند که دولت هرچه زودتر در مورد موضوع اعلام نظر کند. □

آلودگی آبها:

عامل اشغال ۵۰ درصد از کل تخته‌های بیمارستانی سراسر دنیای ما

پیشگیری بیماریها از نخستین نشانه‌های عقل سلیم است

بیش از ۸۰ درصد از کل بیماریهای موجود در کشورهای توسعه‌نیافته ناشی از عدم دسترسی به آب سالم و شرایط بهداشتی مناسب است ۱۵ درصد از مرگ و میر کودکان در کشورهای توسعه‌نیافته ناشی از کمبودهای بهداشتی و نبود آب سالم است.

در هر لحظه از ۲۴ ساعت شبانه‌روز ۵۰ درصد از کل تخته‌های بیمارستانی موجود در سراسر دنیای ما در اشغال بیمارانی است که در اثر شرایط بهداشتی نامناسب و آب آشامیدنی ناسالم از پای درآمدند.

با این وصف، تمام این مسائل ظاهراً بغرنج و دردآور به آسانی قابل حل است - ولی، حل آنها احتیاج به پول دارد. فقط توجه کنید: با ۱۵۰ پوند انگلیسی می‌توان یک تلمبه دستی خرید که می‌تواند در ماداگاسکار آب آشامیدنی سالم برای صد نفر را فراهم سازد. با ۴۷۰ پوند یک تلمبه آب همگانی خرید و آب آشامیدنی سالم را برای یک محله کثیف و آلوده بنگلادش تأمین کرد.

مدتی پیش، چند ساعت پس از آنکه گروهی از دانش‌آموزان برجسته دبیرستانهای لندن در استخر تامپاهتل شیرجه زدند و به شنا پرداختند، بعضی از آنها از خارش پوست بدن خود اظهار ناراحتی کردند. چند روز بعد، ۵۳ نفر از اشخاصی که در همان استخر شنا کرده بودند، و ۳۴ نفر از میهمانان یک هتل مجاور گزارش دادند که لکه‌هایی قرمز رنگ سرپای آنها را پوشانده است.

متخصصان امور بهداشتی بخش هیلز بورو رسماً اعلام کردند که این افراد در اثر آلودگی آب استخر دچار این عارضه شده‌اند و استخرهای مورد بحث را تعطیل کردند. تشخیص آنها این بود که استخرهای مذکور در اثر بار زیاده از حد دستگاه تصفیه آب و ضد عفونی نامناسب آب، عامل این عوارض پوستی بوده‌اند. مقدار نا کافی کلرین و سطوح نامناسب PH آب، زمینه مناسبی برای پرورش باکتریهای پدید می‌آورند که سوزش و خارش دردناک پوست بدن را موجب می‌شوند. این سناریو در فلوریدا و دیگر نقاط ایالات متحد آمریکا نیز به سرعت در حال گسترش

است، و این احتمال روزبه‌روز بیشتر می‌شود که استفاده‌کنندگان از استخرهای عمومی در اثر انگلها و باکتریهای موجود در آبها به بیماریهای گوناگون دچار شوند.

«آبهای تفریحی» بیماری‌زا

در سه ماه آخر سال ۲۰۰۰، گسترش سریع و ناگهانی بیماریهای ناشی از آلودگی آب در ایالات متحد آمریکا تقریباً دو برابر شد. از نظر تعداد افراد آسیب‌دیده، ایالت فلوریدا بالاترین رقم را داشته است. براساس بررسی‌ها و گزارشهای رسمی «مرکز کنترل و پیشگیری بیماریها» از ۵۹ مورد شیوع بیماریهای ناشی از «آبهای تفریحی» (استخرها، وان‌های آب گرم و پارکهای آبی) بین سالهای ۱۹۹۹ و ۲۰۰۰ میلادی، ایالت فلوریدا حداقل ۱۴ مورد را به خود تخصیص داده است. به موجب گزارشهای یادشده، بیماریهای ناشی از آبهای آشامیدنی آلوده نیز در حال افزایش است. و در این مورد هم ایالت فلوریدا باز در مقام اول قرار گرفته است: از ۳۹ مورد شیوع بیماریهای ناشی از آبهای آشامیدنی در حدود ۲۰ مورد آن در فلوریدا بوده است.

براساس نتیجه‌گیری‌های «مرکز کنترل و پیشگیری بیماریها»، کمبود کارکنان متخصص در امور بهداشتی و نگاهداری و تصفیه نامناسب آبها عوامل اصلی افزایش باکتریها و انگلهای مخصوص استخرهای عمومی، از جمله کریتوسپوریدیوم، بوده‌اند. آلودگی‌های ناشی از این باکتریها ممکن است به اسهالهای شدید، حالت تهوع و تب منجر شود.

در مورد افزایش بیماریهای ناشی از «آبهای تفریحی»، شرلین لی - یکی از دو کارشناس اصلی گزارش «مرکز کنترل و پیشگیری بیماریها» - هشدار می‌دهد که تکنیک‌های مراقبتی ظاهراً خوب نیز ممکن است تاحدی موجب افزایش رقم بیماریهای استخری شده باشد. به گفته او، «فلوریدا ایالتی است که از تکنیک‌های نظارتی خوبی استفاده می‌کند، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درست از جایی که عادت کرده‌ایم با رقم‌های بالا در زمینه آلودگی‌ها سروکار داشته باشیم، گزارشهایی دریافت می‌کنیم که مبتنی بر تکنیک‌های نظارتی دقیق‌تر و جدی‌تر از جاهای دیگر هستند».

و اما در مورد آلودگی آبهای آشامیدنی، شرلین لی مسئله وابستگی فزاینده کشور به چاههای آب خصوصی را پیش می‌کشد و آن را یکی از دلایل امر می‌داند: «اکنون شمار بیشتری از مردم آب چاه می‌نوشند و این گروه هر سال بیشتر می‌شود. به گفته شرلین لی، هر ساله تقریباً ۳۰,۰۰۰ چاه جدید در ایالات متحد آمریکا حفر می‌شود.

براساس گزارش رسمی «مرکز کنترل و پیشگیری بیماریها» در سالهای ۱۹۹۹ و ۲۰۰۰ میلادی در حدود ۲,۰۶۸ نفر به سبب بیماریهای ناشی از آب آشامیدنی در امریکا بیمار شده‌اند و دو نفر نیز جان سپرده‌اند. ۲,۰۹۳ نفر دیگر هم در اثر آلودگی آب استخرها، حمامهای گرم و پارکهای آبی بیمار شده‌اند.

در گزارش «مرکز کنترل و...» به یک مورد تحلیلی برمی‌خوریم که به موجب آن کارشناسان تحقیق در فلوریدا به یک چاه آب خانگی برمی‌خورند که در ۴ متری قفس مرغداری واقع شده بود و در ردیف فاضلابی قرار داشت که ضایعات مدفوع پرندگان را از قفس خارج می‌ساخت. کسانی که از آب این چاه استفاده می‌کردند به مدت تقریباً ۶۰ روز بیمار شده بودند. دکتر روبرتا هاموند، متخصصان بیماریهای ناشی از آب در اداره بهداشت و درمان فلوریدا می‌گوید پیشگیری بیماری یکی از نخستین نشانه‌های عقل سلیم است.

«در بعضی جاها شما امکان آن را دارید که احتمال خطر را کاهش دهید. به عنوان مثال، در مورد یادشده در بالا، شما باید این تعقل را داشته باشید که چاه آب را در یک نقطه دیگر یا به فاصله دورتری از قفس پرندگان حفر کنید.» از سوی دیگر، دیوید تی‌پین، مدیر سازمان آب تأمپا می‌گوید امکان بروز آلودگی در آبهایی که از طریق لوله‌کشی شهرداری‌ها به مصرف‌کنندگان می‌رسد، ناچیز است. به همین دلیل، ما تمام سعی خود را به کار می‌بریم که این روش آبرسانی را تعمیم دهیم. در طول هر سال، ما هزاران هزار نمونه برداری از آبهای آشامیدنی انجام می‌دهیم.

بهداشت نارسا و پرورش باکتریها

شمار بسیار زیاد استخرها و پلاژهای همیشه دایر و تمام فصل فلوریدا شاید یکی دیگر از دلایل شیوع بیشتر بیماریهای ناشی از آب در این ایالت باشد. در این ایالت بیش از ۷۵۰,۰۰۰ استخر شنا وجود دارد که تقریباً همه آنها متعلق به بخش خصوصی است. دیوید آگزیلی، رئیس «پژوهشکده استخرها و حمامهای بخار» در فلوریدا معتقد است که افزایش بیماریهای آبی ناشی از سهل‌انگاری در رعایت استانداردهای بهداشتی پایه است:

«افرادی که در پارکهای آبی و بعضی استخرهای همگانی کار می‌کنند آن‌طور که باید و شاید دقت و توجه به خرج نداده‌اند. شما به هتل می‌روید، و مشاهده می‌کنید که کودکی با پوشک را

در استخر بازی می‌دهند! متأسفانه آداب و اصول بسیاری از مردم برای استفاده از استخرهای عمومی همان‌هایی نیست که باید باشد.»

بهداشت نارسا خطر پرورش سریع باکتریهای زیانمند را در استخرها و حمامها افزایش می‌دهد. این باکتریهای ناپیدا، هنگامی که پوشک بچه نشت داشته باشد، یا هنگامی که افراد مبتلا به اسهال در استخر شنا می‌کنند، به آب استخر راه می‌یابند. این انگلهای مقاوم در برابر کلرین تقریباً ۷۰ درصد از بیماریهای ناشی از آب را به وجود می‌آورند.

این‌گونه باکتریها را معمولاً از طریق «شوک» دادن به استخر نابود می‌کنند. منظور از «شوک» دادن در اینجا بالا بردن شدید سطح کلرین محلول در آب استخر است. ولی ممکن است بعضی از استخرداران، بویژه صاحبان استخرهای خانگی، از این موضوع آگاهی نداشته باشند. به همین دلیل است که آموزش دادن به مردم و کارآموزی جدی‌تر برای کارکنان حرفه‌ای استخرها و حمامهای عمومی اهمیتی مضاعف می‌یابد.

مدیر مرکز تفریحی سن پترزبورگ که ادارهٔ نه استخر عمومی شهر را به مدت پانزده سال بر عهده داشته است می‌گوید که هرگز با بیماریهای آبی همه‌گیر سروکار نداشته است: «سازمان پارکهای شهر در میان کارکنان خود دارای سه گروه کارشناس متخصص است که به طور جاری استخرهای شهر را از نظر آلودگی آزمایش می‌کنند. ۱۴ بازرس رسمی همواره مراقب هستند که آب استخرها پیش از گشوده شدن درها به روی مردم، آزمایشهای لازم را گذرانده باشند. کارکنان فنی استخرها هر روز پیش از پایان وقت کار یک بار دیگر آب استخرها را آزمایش می‌کنند. در طول فصل تابستان که شمار زیادی از مردم به استخرهای عمومی هجوم می‌آورند، تعداد بازرسان افزایش می‌یابد و کارکنان استخرها هم در حال آماده‌باش دائم بسر می‌برند.» □

کمکهای نقدی به نیازمندان

برنامه‌ای حمایتی است یا نگاه داشتن آنان در «مرداب وابستگی»؟

مجلس نمایندگان امریکا به تازگی قانونی را به تصویب رسانده است که به موجب آن مردم فقیری که از کمکهای نقدی دولت فدرال استفاده می‌کنند، باید از نظر اشتغال محرومیت‌های قابل

توجیهی داشته باشند. از سوی دیگر، مجلس نمایندگان طرح پیشنهادی دولت را در مورد تغییرات بنیادی قانون رفاه اجتماعی سال ۱۹۹۶ مورد تأیید قرار داد؛ قانونی که تاکنون در امریکا موفقیت‌آمیزترین تجربه سیاستهای اجتماعی در ۲۵ سال گذشته شمرده می‌شود.

رای مجلس نمایندگان به طور کلی نمایشگر صف‌بندی‌های متعارف دو جناح سیاسی در امریکا است: ۲۳۰ رأی موافق جمهوری خواهان در برابر ۱۹۲ رأی مخالف دمکرات - با این تذکر که ۱۱ دمکرات به طرح دولت بوش رأی موافق دادند و ۲ جمهوری خواه رأی مخالف.

طرح یادشده اکنون در مجلس سنای امریکا است، و رهبران حزب جمهوری خواه گفته‌اند که اولویت بالایی برای این طرح قائلند. در عین حال، سناتورهای هر دو حزب رقیب گفته‌اند که سعی خواهند کرد منابع مالی بیشتری برای مراقبت از کودکان فراهم بیاورند.

سناتور چارلز گراسلی، نماینده یووا که ریاست کمیته مالی مجلس سنا را بر عهده دارد گفته است که در نظر دارد طرح مشترکی با همکاری نمایندگان هر دو حزب دمکرات و جمهوری خواه در زمینه رفاه اجتماعی تهیه کند.

به گفته رئیس کمیسیون مالی، از آنجا که تعداد نمایندگان دو حزب رقیب در مجلس سنا تفاوت اندکی دارند، «ما نخواهیم توانست به سرعت مجلس نمایندگان، کار لایحه پیشنهادی را به پایان برسانیم، ولی من شخصاً امیدوارم در ظرف ماههای آینده بتوانیم طرحی غیرجناحی تهیه کنیم که مورد موافقت و تأیید هر دو حزب جمهوری خواه و دمکرات قرار گیرد.»

سناتورها وعده داده‌اند که نگرانی فرمانداران ایالتها را مورد توجه قرار دهند. این نگرانی ناشی از آن است که قید «شرط کار» برای افراد فقیری که خواهان دریافت کمکهای مالی هستند دشواری‌های جدید و پرهزینه‌ای برای بودجه‌های ایالتی به وجود می‌آورد، حال آنکه هم‌اکنون نیز ایالتها با دشوارترین مسائل مالی پس از جنگ جهانی دوم (۱۹۳۹ - ۱۹۴۵) سروکار دارند.

در مجلس نمایندگان فرصت کافی برای شنیدن مسائل و دشواری‌های فرمانداران یا دیگر کارشناسان و مقامات رسمی ایالتها وجود نداشت و نمایندگان در ظرف مدت کوتاه ۹ روزه تشریفات تصویب طرح را به انجام رساندند، و در واقع هیچ‌گونه جلسه‌ای برای شنیدن نظریات کارشناسان یا مسئولان امور مالی ایالتها برگزار نشد.

جنگ با فقر یا جنگ با مردم فقیر

در نتیجه، قانونی که به تصویب مجلس نمایندگان رسیده است، در عمل شبیه طرحی است که در سال گذشته به وسیله همین مجلس به تصویب رسید و در مجلس سنا رد شد. علت هم این بود که دمکرات‌ها که در آن زمان اکثریت سنا را در اختیار داشتند گفتند که شرایط مالی ایالتها به وخامت گراییده است و بعضی از آنها حتی برنامه‌های رفاه اجتماعی و مراقبت از کودکان را هم به شدت کاهش داده‌اند.

جمهوری خواهان می‌گویند که طرح قانونی تصویب شده در مجلس نمایندگان چیزی نیست جز دنباله منطقی قانونی که در ۱۹۹۶ به تصویب رسید و به تضمین ۶۰ ساله کمکهای نقدی برای فقیرترین کودکان کشور پایان داد و مبلغ معینی پول در اختیار هر ایالت قرار داد تا برنامه‌های رفاهی خود را به هر نحو که بخواهد اداره کند. پس از تصویب طرح رفاهی یادشده، شمار افرادی که از کمکهای بلاعوض استفاده می‌کردند از ۱۲/۲ میلیون نفر در ۱۹۹۶ به ۵ میلیون نفر در سپتامبر ۲۰۰۲ کاهش یافت - یعنی چیزی در حدود ۵۹ درصد.

با این وصف، هیئت‌رئیس مجلس نمایندگان معتقد بود که قانون ۱۹۹۶ به اندازه کافی پیش نرفته است. به نحوی که نماینده جمهوری خواه تگزاس در مجلس نمایندگان، تام دیلی، به صراحت می‌گوید: «حتی امروز هم، پس از موفقیت درخشان اصلاحات ۱۹۹۶، اکثریت وسیع افرادی که از کمکهای نقدی برنامه‌های رفاهی استفاده می‌کنند علاقه‌ای ندارند که مثل دیگر افراد این مملکت هرروزه به سرکار بروند و فعالیتی درامدزا از خود نشان بدهند. تام دیلی، که رهبری نمایندگان جمهوری خواه در مجلس نمایندگان را بر عهده دارد چنین نتیجه‌گیری می‌کند: «دمکرات‌ها با چسبیدن به این‌گونه برنامه‌های رفاهی تنها کاری که انجام می‌دهند این است که مردم فقیر را برای همیشه در مرداب وابستگی نگاه دارند.»

ولی نماینده دمکرات کالیفرنیا، پیت استارک، در مجلس نمایندگان می‌گوید: «در ۱۹۶۴، لیندون جالس، رئیس جمهوری دمکرات، جنگ بر ضد فقر را آغاز کرد. ولی امروز، همکاران جمهوری خواه من و رئیس جمهوری ما؛ در عمل، جنگ بر ضد مردم فقیر را آغاز کرده‌اند!»

جمهوری خواهان قبول ندارند که اصلاحات رفاهی دمکرات‌ها به نفع افراد کم‌درآمد بوده

است. به گفته بیل تامس، نماینده جمهوری خواه کالیفرنیا و رئیس کمیته موازنه پرداختها، از ۱۹۹۶ به این سو نزدیک سه میلیون کودک از فقر رهایی یافته‌اند. و یکی دیگر از نمایندگان جمهوری خواه کالیفرنیا، والی هرگر، می‌گوید: «فقر کودکان سیاهپوست اکنون در پایین تر حد ممکن است، حال آنکه طی دو سال گذشته، به‌رغم رکود اقتصادی موجود و افزایش سطح بیکاری در کشور، سهم پرداختهای رفاهی هم رو به کاهش داشته است.»

در هر حال، پیش از رأی‌گیری نهایی، مجلس نمایندگان دو پیشنهاد متقابل دمکرات‌ها را نیز با ۳۰۰ رأی مخالف در برابر ۱۲۴ موافق و ۲۲۵ مخالف در برابر ۱۹۷ موافق رد کرد. دمکرات‌ها مدعی‌اند که رهبران جمهوری خواه مجلس نمایندگان با این رأی‌گیری قوه قانونگذاری را دور زده‌اند و طرح خود را به کرسی نشانده‌اند، کاری که، به گفته نماینده دمکرات واشنگتن، جیم مک درموت، در حقیقت «مهر تأیید کوبیدن بر پیشنهادهای جرج بوش است.» با این حال، جمهوری خواهان می‌گویند که کمیته‌های گوناگون مجلس نمایندگان در ظرف دو سال گذشته بیش از ۲۰ همایش در مورد برنامه‌های رفاهی ترتیب داده‌اند، و همه آنها به این نتیجه رسیده‌اند که ضرورت و فوریت تصمیم‌گیری سریع غیرقابل انکار است. دوره زمانی مفاد قانونی ۱۹۹۶ در اکتبر سال ۲۰۰۲ به پایان رسیده و از آن زمان تاکنون نیز چاله‌چوله‌ها را به طور موقت با تصویب‌نامه‌های اضطراری پر کرده‌اند. □

اعلام خطر زیست‌محیطی:

هوای داخل خانه‌های ما آلوده‌تر از هوای خارج است!

سازمان «صلح سبز» که مبارزه در راه سالم‌سازی محیط زیست را به عنوان هدف اصلی فعالیت‌های خود برگزیده است، به تازگی طرح پژوهشی بی‌سابقه‌ای را برای نشان دادن برخی از خطرهای زیست‌محیطی دنیای امروز به مرحله اجرا گذاشته است. هدف کلی این تحقیق میدانی عبارت است از یافتن ۵۰ کانون خانوادگی داوطلب برای همکاری عملی در اجرای طرح پژوهشی مورد بحث. به موجب این طرح از خانواده‌های داوطلب خواسته می‌شود که اجازه

دهند به مدت معینی که در طرح ذکر شده است، هوای داخلی و پیرامونی خانه مسکونی آنها را به طور منظم مورد آزمایش قرار دهند و میزان حداقل پنج گروه از مواد شیمیایی بسیار زیانمند و معلق در فضای خانه را رگه‌یابی کنند و کمیّت آنها را مورد تحلیل و نتیجه‌گیری قرار دهند.

به گفته‌ی آقای یانیک وایکر، مسئول اجرایی طرح، هدف این بررسی میدانی که قبلاً در انگلستان به مرحله‌ی اجرا درآمده، در وهله‌ی نخست آگاه ساختن مردم از خطر ناپیدایی است که حتی در خانه‌ی مسکونی‌شان سلامت و حیات آنها را تهدید می‌کند و، در وهله‌ی بعدی، اعمال فشار بر اتحادیه‌ی اروپا در جهت تصویب قوانین و مقررات جدّی‌تری در مورد مواد شیمیایی معلق در فضای تنفسی افراد است.

برای اجرای عملیاتی طرح مورد بحث، هوای خانه‌های داوطلب به وسیله‌ی دستگاه‌های مکنده‌ای شبیه به جاروبرقی در فواصل زمانی معین و همچنین در نقاط مختلف خانه، از صندوق‌خانه‌ها و پستوها و انبارها گرفته تا اتاق‌های نشیمن و خواب و پذیرایی و البته آشپزخانه و حمام و غیره نمونه‌برداری می‌شود و در آزمایشگاه‌های تخصصی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

هم‌اکنون، در فرانسه که پس از انگلستان آمادگی خود را برای همکاری در این تحقیق اعلام کرده است، شخصیت‌های برجسته‌ای خانه‌های مسکونی خود را برای بررسی در اختیار طرح قرار داده‌اند. از جمله این شخصیت‌ها می‌توان از نوئل ماهر، نماینده‌ی مجلس، سم‌شناس «پژوهشگاه ملی مطالعه‌ی خطرهای احتمالی»، آندره سیکولا و تعداد زیادی از ساکنان داوطلب شهرهای پاریس، لیل، لیون، نانت و تولوز نام برد.

از سوی دیگر به موجب قانون جدیدی مقرر شده است که از زمان حاضر تا پایان سال ۲۰۰۶ حداقل ۱۰۰,۰۰۰ ماده‌ی شیمیایی تولیدشده در اتحادیه‌ی اروپا مورد ارزیابی قرار گیرند و چگونگی کسب مجوز برای تولید و کاربرد آنها مشخص شود.

واقعیت هراس‌انگیز

با این وصف، پیش‌بینی می‌شود که اجرای این طرح‌های عملیاتی امیدبخش، بویژه اجباری

ساختن اقدامات اصلاح‌گرایانه در صنایع شیمیایی، به دلیل هزینه‌های هنگفتی که دربر خواهند داشت با مقاومت سرسختانه تولیدکنندگان آنها مواجه شود.

واقعیت تلخ و حتی هراس‌آور این است که بسیاری از مواد و مصالح مورد مصرف در زندگی روزانه تقریباً تمام جامعه‌های کنونی - و نه فقط جامعه‌های بسیار پیشرفته - منبع صدور ذرات زیانباری هستند که در فضای پیرامون خود پخش می‌شوند و همراه با هوای تنفسی به درون گوشت و خون ما راه می‌یابند. از جمله این مواد و مصالح مصرفی می‌توان به انواع شوینده‌ها، پارچه‌ها، موکت‌ها، حلال‌ها یا حتی لاک ناخن و کرم‌های پوستی مورد مصرف همگانی اشاره کرد. ذرات زیانباری که از این‌گونه مواد صادر می‌شوند در فضای پیرامونی ما معلق می‌مانند و به مدت دهها سال بدون فاسد شدن به موجودیت خود ادامه می‌دهند. به گفته آقای یمانیک وایکر، حتی در آب دریاچه‌های کوه‌های آلپ نیز این‌گونه مواد را ردیابی کرده‌اند.

به موجب یک مقاله‌نامه بین‌المللی (سازمان ملل متحد) که در سال ۲۰۰۱ میلادی با عنوان «مقاله‌نامه استکهلم» به تصویب رسیده است، ۱۲ ماده شیمیایی آلی پُر دوام، که برای سلامت موجودات زنده و حتی برای گیاهان خطرناک تشخیص داده شده‌اند، باید پاکسازی شوند. ولی موضوع این است که پس از تصویب فهرست این ۱۲ ماده آلوده‌ساز، بسیاری مواد شیمیایی دیگر تولید شده‌اند که به‌رغم آثار زیانبارشان برای سلامت مردم هر روزه مورد استفاده مصرف‌کنندگان قرار می‌گیرند و هیچ‌گونه منع قانونی هم برای تولید و توزیع و مصرف آنها وجود ندارد.

پنج گروه عمده از موادی که به موجب طرح پژوهشی «صلح سبز» مورد ردیابی قرار خواهند گرفت عبارتند از: آلکی‌فنل‌ها، ترکیبات قلع و مواد آلی، استرهای فتالات‌ها، مواد ضد شعله از جنس بُرم و پارافین‌های کژدار. رصدخانه هوای داخلی که از ژوئیه ۲۰۰۱ در فرانسه شروع به کار کرده است، تاکنون طرح‌های مختلفی برای نمونه‌برداری از هوای درونی خانه‌های مسکونی به اجرا گذاشته است که نتایج به دست آمده از آنها حاکی از این است که تراکم مواد آلاینده در داخل خانه‌های مسکونی بیشتر از تراکم همین مواد در هوای خارج از خانه است.

نتیجه‌گیری: تعریف هوا! تا می‌توانید هوای داخلی خانه‌های خود را عوض کنید. در ضمن،

باید دانست که سیگار و دیگر دخانیات بیشتر از هر چیز دیگری، مواد آلوده‌ساز بویژه مواد سرطان‌زا، در فضای درونی خانه‌های مسکونی پخش می‌کنند. به همین دلیل، «سازمان صلح سبز»، برای اجتناب از مخدوش شدن نتایج حاصل از بررسی‌های خود، هرگز از خانوارهای سیگاری در پژوهش‌های میدانی خود استفاده نمی‌کند. □

ادامه بردگی در کشتزارهای فلوریدا

در زمستان گذشته تعدادی از پیمانکاران صنایع کشاورزی منطقه «تری‌سایتروس» در ایالت فلوریدای آمریکا به دلیل به کار گماشتن برده‌وار کارگران بدون برگ شناسایی و اجازه کار، و همچنین به دلیل تهدید خشونت‌آمیز کارگران و گروگان گرفتن آنها به بهانه بدهکاری‌های کاذب، به زندان‌های درازمدت محکوم شدند.

سه تن از این گروه، برادران رامیرو همراه با خوان راموس بیش از ۷۰۰ کارگر کشاورزی مکزیکی را بدون کسب اجازه از اداره مهاجرت به استخدام خود درآورده بودند و، برخلاف مقررات فدرال و میان - ایالتی، آنها را با تهدید اسلحه گرم به کار می‌کشیدند.

هر یک از آنها به ۱۲ سال و سه ماه زندان و ضبط کلیه اموالک و اموالشان (به ارزش ۳ میلیون دلار) محکوم شدند. عموزاده آنها، خوزه راموس، نیز به ۱۰ سال و سه ماه زندان محکوم شد. وکیل مدافع آنها، خواکین پرز، می‌گوید که برادران راموس در حقیقت سپر بلای مسئله بزرگتری شده‌اند که در کل صنعت منطقه به چشم می‌خورد:

«تمام این قضایا مسخره‌بازی است. آنها در این مورد قربانی شده‌اند برای آنکه صاحبان صنایع کشاورزی و دیگر صنایع منطقه سر خود را زیر ماسه‌ها فرو کرده‌اند.»

به‌واقع، اف. بی. آی. و گشت‌های مرزی هنگامی به این مسئله پرداختند که ائتلافی از اتحادیه‌های کارگری در جنوب غربی فلوریدا سوءاستفاده‌های پیمانکاران و صاحبان صنایع کشاورزی منطقه را آشکار ساختند.

به گفته یکی از کارکنان ستادی پلیس، جولیا پرکینز، محکومیت یادشده پنجمین مورد از دادرسی‌هایی بوده است که با همین عنوان «برده‌داری» در چند سال گذشته و در همین ایالت

شکل گرفته است. وی سازمان صنایع کشاورزی ایالت فلوریدا را متهم می‌سازد و معتقد است که وقتی پیمانکاران به طور غیرقانونی مهاجران فاقد برگ هویت و اجازه کار و اقامت را با فریبکاری‌های مختلف به کار می‌گمارند، مسئولان رسمی سازمان صنایع کشاورزی سر خود را بر می‌گردانند و به روی خود نمی‌آورند که در حوزه عملیاتی آنان این‌گونه سوءاستفاده‌های غیرانسانی به عمل می‌آید.

جولیا پرکینز اظهار امیدواری می‌کند که این محاکمه اخیر لاقلاً پیامی باشد برای مسئولان که زمان متوقف ساختن این‌گونه خلافکاری‌ها و سوءاستفاده از انسان‌های بی‌حق و حقوق فرارسیده است، و آشکارا اعلام می‌دارد که «سازمان صنایع کشاورزی منطقه شریک جرم محسوب می‌شود».

ولی سخنگوی سازمان صنایع کشاورزی ایالت، ترنس مک‌الروی، مدعی است که کل صنایع کشاورزی منطقه را نباید به خاطر چند خلافکار اندک‌شمار مورد سرزنش قرار داد. وی اضافه می‌کند: «بیشتر صاحبان صنایع کشاورزی و پیمانکاران فلوریدا با کارگران خود منصفانه رفتار می‌کنند. البته، رفتارهای توهین‌آمیزی هم به چشم می‌خورد، ولی اینکه گفته شود چنین رفتارهایی را نادیده می‌گیریم چندان منصفانه نیست.» □

شتابزدگی و فشار خون دوستان قدیمند...

صبر و حوصله فقط یک فضیلت اخلاقی نیست

پس از یک رشته آزمایش‌های درازمدت و ضد و نقیض در عرصه قلب‌شناسی، سرانجام محققان اعلام کرده‌اند که نخستین شواهد وجود رابطه مستقیم بین ناآرامی‌ها و شتابزدگی‌های مستمر در زندگی افراد و عارضه فشار خون به دست آمده است. موضوع این آزمایش‌ها که به مدت ۱۵ سال متمادی روی ۳۱۳۸ مرد و زن سفید و سیاه‌پوست به عمل آمده عبارت بوده است از وجود یا عدم وجود رابطه مستقیم بین شتابزدگی، به عنوان یکی از مؤلفه‌های نوع شخصیتی ویژه‌ای که روان‌شناسان آن را «نوع شخصیتی A» می‌نامند، و عوارض عروقی خاصی که به طور معمول «فشار خون» نامیده می‌شود.

افراد متعلق به این گروه شخصیتی دارای سه ویژگی مشترک می‌باشند: رقابت‌پذیری افراطی، کم‌حوصلگی و خصومت‌طلبی. بررسی‌های درازمدت نشان داده است که ارتباط بالقوه‌ای بین این‌گونه رفتارهای پُر شدت و احتمال بسیار زیاد فشار خون و دیگر مسائل قلب و عروق وجود دارد، هرچند هنوز نمی‌توان نتیجه‌گیری قاطعی در این زمینه به عمل آورد.

آزمایشهای اخیر براساس یافته‌های قبلی در مورد نقش خصومت‌طلبی به عنوان محرک فشار خون شروع شد و این بار کانون توجه خود را بر چیزی متمرکز ساختند که متخصصان آن را «عامل فوریت زمانی و بی‌صبری» (TUI) نام نهاده‌اند. این عامل موجب می‌شود که شخص همیشه خود را تحت فشار وقت احساس کند و علاقه‌ای به کاستن از تعجیل و شتابزدگی خود نشان ندهد.

محققان رابطه بین احتیاج مزمن به سرعت و سالهای لازم برای ظهور فشار خون در میان بزرگسالان شهرنشین را مورد سنجش و بررسی قرار دادند. ۵۸۶ مرد سیاه‌پوست، ۸۲۵ زن سیاه‌پوست، ۸۲۲ مرد سفیدپوست و ۹۰۵ زن سفیدپوست که در این آزمونها شرکت داشتند در آغاز کار در سنین ۱۸ تا ۳۰ سالگی بودند.

دکتر لی جینگ‌یان، استادیار پزشکی پیشگیری در دانشگاه شمال شرقی ایوانستن، که سرپرستی تحقیقات مورد بحث را بر عهده داشته است، می‌گوید: «یافته‌های ما نشان می‌دهد که "عامل فوریت زمانی" در تمام افرادی که به هنگام جوانی از آن برخوردار بوده‌اند، در سالهای بعدی عمر آنها به صورت خطر فزاینده ابتلا به فشار خون درآمده است. به طور کلی هرچه احساس بی‌صبری و کم‌وقت داشتن در فردی بیشتر باشد، خطر ابتلای او به فشار خون در درازمدت نیز بیشتر خواهد بود.»

دکتر لی جینگ‌یان در کنفرانس مطبوعاتی بین‌المللی خود گفته است که نخستین یافته‌های تحقیقات بی‌سابقه آنها باید به وسیله پژوهشهای مکمل بعدی تأیید شود. با این حال، دست‌کم یکی از پژوهشگران بر این عقیده است که این نتیجه‌گیری‌ها را نباید زیاد مورد توجه قرار داد، چون از مجموع این یافته‌ها چنین برمی‌آید که عامل مورد بحث چندان خطری برای اشخاص میانه‌حال دربر ندارد.

گروهی دیگر از متخصصان نسبت به شکاف وسیعی که از نظر ابتلا به فشار خون بین گروه‌های واقع در دو کرانه متقابل طیف وجود دارد اظهار تعجب کرده‌اند. بررسی‌های مورد بحث

آشکار ساخته‌اند که بین آنهایی که هرگز یک لحظه وقت اضافی هم برای خود قائل نیستند، از یک سو، و آنهایی که همیشه برای هر کاری وقت کافی دارند، از سوی دیگر، تفاوتی در حد صد درصد وجود دارد.

بزرگترین عامل مرگ و میر

نتایج این تحقیق پیشگام برای نخستین بار در نشست‌های علمی نوامبر ۲۰۰۲ «انجمن آمریکایی متخصصان قلب» در شیکاگو ارائه شد. اهمیت دستاوردهای این تحقیق از آن روی قابل توجه است که فشار خون - که ۱۰ تا ۳۰ درصد از جمعیت دنیا به آن مبتلا هستند - یکی از مهمترین عوامل بیماریهای قلبی و بزرگترین «قاتل» آمریکایی‌هاست که عامل نیمی از مرگ و میرهای این کشور محسوب می‌شود. براساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، سالانه ۱۲ میلیون نفر در سراسر دنیا در اثر بیماریهای قلبی به کام مرگ می‌روند.

تحقیقات مورد بحث، طیف وسیعی از عوامل مؤثر بر جریان بیماری را تحت بررسی قرار داده‌اند. بعضی از پژوهشهای قبلی حاکی از آن بود که افراد متعلق به گروه رفتاری - شخصیتی A با خطر احتمالی بیشتری (دو برابر و نیم بیشتر از افراد آرامتر و بردبارتر) برای ابتلا به فشار خون و بیماریهای قلبی و عروقی مواجهند. با این حال، بعضی تحقیقات دیگر چنین رابطه‌ای را تأیید نمی‌کردند.

در هر حال، این نتیجه‌گیری‌های سردرگم‌کننده، دانشمندان را بر آن داشت که پژوهشهای تازه‌ای را شروع کنند تا تأثیرات واقعی مؤلفه‌های مختلف گروه رفتاری A را به طور جداگانه مورد کاوش قرار دهند. بعضی از پژوهشگران توجه خود را بر «خصوصیت طلبی»، به عنوان مسئول اصلی فشار خون متمرکز کردند، ولی تاکنون نتوانسته‌اند نقش این مؤلفه را به طور قاطع به اثبات برسانند.

کارشناسان تحقیقات جدید (به سرپرستی دکتر لی جینگ‌یان) تصمیم گرفتند که برای نخستین بار یکی دیگر از ویژگیهای مشخص گروه رفتاری A را مورد توجه قرار دهند: دغدغه مداوم در مورد وقت‌تنگی و بی‌صبری آشکار. به گفته دکتر یان، عامل «فوریت زمانی و بی‌صبری» هرگز به عنوان یک خصلت جداگانه مورد بررسی قرار نگرفته بود.

بنابراین تیم پژوهشی جدید، اطلاعاتی را مورد مطالعه قرار داد که دربارهٔ جوانان مبتلا به بیماری‌های عروقی در سطح سرخرگ‌های تاجی وجود داشت. افراد تحت بررسی باید به چهار پرسش زیر پاسخ می‌دادند:

● آیا هنگامی که باید انتظار بکشید، از کوره در می‌روید؟

● آیا به سرعت غذا می‌خورید؟

● آیا در پایان اوقات کار روزانه اغلب احساس شتابزدگی دارید؟

● آیا اغلب احساس می‌کنید که وقت کافی ندارید؟

بر اساس پاسخهایی که داده شده بود - و از «بله، کاملاً» تا «نه، به هیچ وجه» تفاوت می‌یافت - پژوهشگران سطح «فوریت زمانی و بی‌صبری» افراد تحت بررسی را تعیین می‌کردند. آنهایی که در آغاز بررسی دارای فشار خون بالا بودند از تحقیقات بعدی کنار گذاشته می‌شدند (و، مقصود از «فشار خون بالا» افرادی بودند که داروی ضد فشار خون مصرف می‌کردند یا فشار خونشان در حد ۱۴۰ روی ۹۰ بود).

تنها ۶ درصد از شرکت‌کنندگان در تمام زمینه‌ها پاسخ مثبت دادند و در بالای مقیاس TUI قرار گرفتند. در جریان بررسی، ۱۷ درصد از آنها مبتلا به فشار خون شدند (در قیاس با ۱۰ درصد از کسانی که در سطوح پایین‌تر مقیاس TUI قرار گرفته بودند). پس از تعدیلات لازم برای بعضی دیگر از عوامل فشار خون مانند سن، نژاد، جنسیت، ضریب جرم جسمانی، سطح فعالیت‌های بدنی و مصرف الکل، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که در پایان بررسی‌ها، تعداد افرادی که مبتلا به فشار خون شده بودند در میان داوطلبان عجول و شتابزده بیش از دو برابر مبتلایان در میان داوطلبان کمتر عجول و شتابزده بوده است.

مدرك قطعی خویشاوندی فشارخون و شتابزدگی

به گفتهٔ دکتر دیوید کالهن، مدیر امور پزشکی برنامهٔ زیست‌شناسی عروق و فشار خون در دانشگاه آلاباما، بیرمنگام، «این نخستین مدرک قطعی خویشاوندی نزدیک فشار خون و شتابزدگی مداوم است.» وی اضافه می‌کند: «چیزی که مرا متعجب می‌کند بزرگی ابعاد فزایندهٔ خطری است که افراد بسیار شتابزده و ناآرام را تهدید می‌کند. خطر ابتلای این‌گونه افراد به

بیماریهای قلب و عروق دو برابر و نیم خطری است که افراد کمتر شتابزده را تهدید می‌کند. موضوع واقعاً تکان‌دهنده است.»

با این حال، دکتر سامول‌مان، متخصص فشار خون در بیمارستان‌های نیویورک، معتقد است که: «تفاوت آماری معنی‌دار فقط بین دو حد کرانه‌ای طیف مشاهده می‌شود، و گروه میانه (که بیشتر افراد معمولی را دربر می‌گیرد) ظاهراً چندان تفاوتی با گروه بسیار شتابزده نشان نمی‌دهند. بنابراین، من علاقه‌ای به پذیرش غیرمنتقدانه نتایج اعلام شده ندارم.»

یکی از پرسشهای قابل توجهی که دکتر سامول‌مان مطرح می‌کند این است که آیا طی دوره طولانی بررسی، خصومت‌طلبی تأثیر مشهودی در ایجاد فشار خون داشته است یا نه. به اعتقاد او، «در مدت ۱۵ سالی که بررسی ادامه داشته است فقط چند مطالعه مختصر در مورد ابتلای احتمالی افراد تحت بررسی به فشار خون به عمل آمده و بنابراین هر اطلاعاتی که از این مطالعات حاصل شود غنیمت خواهد بود.»

دکتر جان تودارو، استادیار روان‌پزشکی و رفتار انسانی در دانشکده پزشکی براون (پراویدنس) می‌گوید: «محققان طرح مورد بحث بر عاملی انگشت نهاده‌اند که نقش احتمالی آن در ایجاد فشار خون تاکنون آن‌طور که باید مورد توجه قرار نگرفته است. سالهاست که ما نقش شتابزدگی و دیگر مؤلفه‌های شخصیت رفتاری نوع A را نادیده گرفته‌ایم، چون طی سال ۱۹۸۰ مطالعاتی به عمل آمد که نشان می‌داد «خصومت‌طلبی» نقش مهمی در ایجاد فشار خون دارد و حتی آخرین مقاله خود من در مجله «روانشناسی تندرستی» نیز در مورد «خصومت‌طلبی و بیماریهای قلبی» بوده است.»

دکتر تودارو در مصاحبه تلفنی خود تأکید می‌ورزد که «تحقیقات اخیر برای تجزیه مؤلفه‌های مؤثر در فشار خون و مطالعه جداگانه هر یک از آنها بسیار مفید خواهد بود. من، به عنوان روان‌شناس، مایلیم همین اطلاعات موجود را مورد استفاده قرار دهم و به بیماران خود کمک کنم تا شتابزدگی خود را کاهش دهند و روشهای مؤثرتری برای مدیریت وقت خود پیدا کنند.»

دکتر باربارا رابرتز، مدیر «مرکز بیماریهای قلبی زنان» و استادیار بالینی دانشگاه براون، ارزش‌های دیگری نیز برای تحقیقات مورد بحث قائل است، چون «برخلاف دیگر بررسی‌های قلب و عروق که وضع خاص زنان و اقلیت‌ها را نادیده می‌گیرند، مکان ویژه‌ای به هر دو آنها

اختصاص داده است.» وی اضافه می‌کند: «یافته‌های این بررسی بسیار جالب توجه است. به نظر من، گام بعدی باید آن باشد که افراد دارای این مختصات رفتاری را شناسایی کنیم و بعد ببینیم که آیا می‌توانیم ترتیبی بدهیم که آنها مصونیت بیشتری در برابر فشار خون پیدا کنند یا نه.»

به موجب بررسی‌های مورد بحث، احتمال ابتلا به فشار خون، در پایان دوره ۱۵ ساله، برای مردان سیاه‌پوست ۲۲ درصد، برای زنان سیاه‌پوست ۲۱ درصد و تقریباً دو برابر همین احتمال برای مردان سفیدپوست ۱۲ درصد بوده است. زنان سفیدپوست فقط ۵ درصد احتمال ابتلا به فشار خون در پایان دوره بررسی را داشته‌اند که کمترین حد احتمال به شمار می‌رود.

مردان و زنان سیاه‌پوست در بالاترین گروه‌های TUI تقریباً دو برابر هم‌تایان خود در پایین‌ترین گروه‌های TUI در معرض ابتلا به فشار خون قرار داشته‌اند. مردان سفیدپوست در بالاترین گروه بیش از سه برابر هم‌تایان خود در پایین‌ترین گروه با احتمال ابتلا به فشار خون روبه‌رو بوده‌اند.

کارشناسان ارشد بررسی مورد بحث، کیانگ لیو، استاد پزشکی پیشگیری در دانشگاه نورث وسترن می‌گوید: «رابطه بین TUI و ابتلا به فشار خون، ممکن است با واسطه انواع شیوه‌های زندگی و دیگر عوامل روانشناختی برقرار شود. فرایندهای پیچیده‌ای که در مورد ارتباط بین TUI مزمن و فشار خون وجود دارد هنوز کاملاً ناشناخته مانده است.»

دکتر تودارو تمرکز این مطالعات بر جوانان را دارای اهمیت خاص می‌داند: «پیام به طور مستقیم متوجه جوانان است - بویژه دانشجویان جوان یا کارگران جوانی که تازه وارد بازار کار شده‌اند. از سوی دیگر، حاصل مطالعات یادشده این است که شیوه‌های رایج در نخستین سالهای زندگی امروزی ممکن است در سالهای بعد پیامدهای اسف‌انگیزی در زمینه سلامت و بهروزی ما به بار بیاورد.» □

«خدمات عمومی»، وظایف دولت و حق رقابت آزاد

آیا انحصارات دولتی در زمینه خدمات عمومی را باید نوعی تعهد ارزشی دانست یا نه؟

مدافعان «خدمات عمومی» در پارلمان اروپای متحد نبرد سختی را در برابر طرفداران اصل موسوم به «حق رقابت» شروع کرده‌اند. موضوع اصلی مشاجره این است که آیا «خدمات

عمومی» باید همچنان در اختیار دولت بماند و از بودجه دولتی تغذیه کند یا آنکه این‌گونه خدمات «عام‌المنفعه» را باید از کنترل دولت آزاد ساخت و به بخش خصوصی واگذار کرد. در جریان مباحثات شورای مسئول تدوین قانون اساسی اروپا (کنوانسیون)، سرانجام ماده ویژه‌ای در این قانون به «خدمات عام‌المنفعه» اختصاص داده شد.

از سال ۱۹۹۷، این‌گونه خدمات عمومی را در قراردادهای و مقاله‌نامه‌ها به عنوان وظایف خاص دولت مورد تأکید قرار می‌دهند، ولی در عین حال «حق رقابت» را هم در مورد آنها جایز می‌شمارند. نتیجه آن شده است که حق رقابت بر اصل انحصار دولتی خدمات عمومی فائق آمده است و اکنون، همه منتظرند تا دادگاه عالی اتحادیه اروپا در لوگزامبورگ، که هنوز تصمیم قاطعی در این مورد اتخاذ نکرده، رأی نهایی خود را صادر کند و اعلام دارد که آیا کمکهای دولتی به خدمات عمومی مجاز شمرده می‌شود یا نه.

میشل بارنیه، نماینده فرانسه در شورای اروپا، معتقد است که «چنانچه بخواهیم خدمات عام‌المنفعه را حفظ کنیم به هیچ‌وجه نباید آنها را به عرصه رقابتهای بازاری وارد سازیم». به همین دلیل، اصرار دارد که اتحادیه اروپا هرچه زودتر قوانین اروپایی مشخص را در این زمینه به تصویب برساند.

از سوی دیگر، پس از تقاضای فرانسه مبنی بر انتشار یک «کتاب سبز» در مورد مسائل مربوط به خدمات مورد نیاز همگانی، حداکثر تا ۱۵ سپتامبر نوعی نظرخواهی عمومی در اروپای متحد درباره خدمات عمومی عام‌المنفعه به عمل خواهد آمد. با توجه به آنکه «کمیسیون اروپا»، که تا اطلاع ثانوی عالی‌ترین مرجع تصمیم‌گیری در اتحادیه اروپایی محسوب می‌شود، هنوز نتوانسته است در کشاکش موجود بین مدافعان خدمات عمومی دولتی و طرفداران رقابت آزاد در این زمینه تصمیم قاطعی اتخاذ کند، در نتیجه «کتاب سبز» یادشده نتیجه‌ای جز طرح صریح‌تر مسائل به بار نیاورده است. ولی به عقیده بسیاری از اعضای کمیسیون، سند یادشده حداقل این خاصیت را داشته است که موضوع را، برخلاف گذشته، به طرز روشن‌تری مطرح سازد.

فرار از رقابت آزاد یا گفتمان‌های ارزشی؟

به طور کلی، بحث «خدمات عمومی» بیشتر از جانب فرانسوی‌ها دامن زده می‌شود که به دلیل توسعه شدید و پر دامنه انحصارهای دولتی خود، بویژه در مورد «سازمان برق فرانسه» سخت

مورد انتقاد پیروان نظریه رقابت آزاد قرار گرفته‌اند. در این زمینه، ژیل ساواری، نماینده سوسیالیست، مطلب را با صراحت و وضوح بیشتری مطرح می‌سازد:

«بنگاه‌ها و سازمانهای تولیدی و خدماتی در فرانسه مسئله "خدمات عام‌المنفعه" را به عنوان نوعی ارزش مطرح می‌کنند، حال آنکه هدف اصلی آنها جلوگیری از ورود مؤسسه‌های رقیب به قلمرو آنهاست. دلیل این ادعا هم آن است که خود آنها با سرسختی و پشتکاری وقفه‌ناپذیر به کشورهای دیگر راه می‌یابند. نتیجه نهایی این است که هم‌تایان اروپایی ما معتقد شده‌اند که ما با گفتمان حمایتی با آنها طرف می‌شویم، نه با گفتمان ارزشی.»

واقعیت این است که کمیسیون اروپا به سودمندی رقابت آزاد در بخشهای صنعتی معینی که از سالهای دهه ۱۹۹۰ از انحصار دولتی آزاد شده‌اند پی برده است، بویژه در شبکه‌های حمل و نقل، انرژی، پست و مخابرات از راه دور. به گفته یکی از نویسندگان «کتاب سبز»، آزادسازی صنایع یادشده، نه فقط در کشورهای آزادمنش شمال، در کشورهای جنوب، مانند یونان، نیز که همواره از کیفیت نارسای خدمات عمومی در رنج بوده‌اند، با استقبال فراوان روبه‌رو شده است. این آزادسازی‌ها، به اعتقاد کمیسیون اروپا، مزایای گوناگونی به بار آورده‌اند که از آن جمله می‌توان به ایجاد یک میلیون شغل تمام‌وقت و کاهش هزینه برق و تلفن برای فقیرترین خانوارهای بیشتر کشورهای عضو اتحادیه اروپا اشاره کرد.

در همین زمینه است که دومین ایراد مهم در برابر پیشنهادهای دولت‌گرایانه فرانسه مطرح می‌شود. رومانو پرودی، یکی از نزدیکان به رئیس کمیسیون اروپا توضیح می‌دهد که «بعضی‌ها نه از کیفیت خدمات ارائه‌شده به مشتریان بلکه از شغل یا موقعیت خود به عنوان کارمند دولت دفاع می‌کنند. اینها استدلال‌هایی جامع و منطقی نیست. چنانچه بحث شرافتمندانه‌تر باشد، طرفداران رقابت آزاد خیلی بازتر صحبت خواهند کرد. به عنوان مثال، آیا نباید متذکر شد که در سوئد سوسیال - دمکرات، راه‌آهن‌ها و مهدکودک‌ها به دست بخش خصوصی اداره می‌شود؟...» یکی دیگر از نمایندگان نیز در ماه مارس گذشته در برابر اتحادیه شهرداران فرانسه یادآور شد که «بعضی‌ها هنوز هم بر این عقیده پافشاری می‌کنند که "خدمات عمومی" مفهومی فرانسوی است، حال آنکه تمام کشورهای اتحادیه اروپا دارای خدمات عمومی منطبق بر سنتها و

موقعیت‌های خاص خود هستند» و واقعیت این است که آنچه در یکی از این کشورها خدمات عمومی نامیده می‌شود، در کشور دیگر الزاماً چنین مفهومی ندارد. هر یک از این کشورها خدمات مورد نیاز همگانی را به شیوه‌ای متفاوت سازماندهی کرده است.

اصول اساسی

به عنوان مثال، کشور هلند نسبت به مسئله آب و توزیع آن حساسیت زیادی از خود نشان می‌دهد، ولی مسئله پست و خدمات پستی در این کشور که دارای بزرگترین تراکم جمعیت در اروپاست هرگز مشکلی به وجود نیاورده است. ولی در فرانسه، برعکس، به دلیل مناطق روستایی بسیار وسیع آن کشور، تأمین خدمات پستی همگانی به عنوان عامل مهمی در آمایش سرزمین همواره مورد توجه دولت بوده است. فرانسوی‌ها به شبکه‌های دولتی پست و تلگراف و تلفن، راه‌آهن و برق سراسری توجه فراوان نشان می‌دهند ولی اداره آب را بدون دردسر به بخش خصوصی واگذار کرده‌اند. آلمانی‌ها برعکس، اصرار می‌ورزند که هرگونه مداخله کمیسیون اروپا در مناطق روستایی و طرز اداره آنها را، بویژه در زمینه توزیع آب، گردآوری زباله‌ها و حمل و نقل محلی، ممنوع کنند. از سوی دیگر باید توجه داشت که برای کمک به خدمات مورد نیاز همگانی هزار راه وجود دارد.

به همین دلایل کمیسیون اروپا نتیجه‌گیری کرده است که «به احتمال قوی ایجاد یک مفهوم واحد و کلی برای محتوای خدمات عام‌المنفعه نه مطلوب است و نه ممکن»، حتی اگر بتوان بعضی اصول اساسی پرطمطراق مانند همگانی شدن خدمات، قیمت‌های منصفانه، استمرار خدمات یا کیفیت خدمات عمومی را هم انتخاب کرد و به کرسی نشاند.

در طول سالهای گذشته، رهنمودهای آزادسازی پاره‌ای از بخشهای خدمات عمومی مانند پست، انرژی و حمل و نقل بیش از پیش با اصول اساسی یادشده درآمیخته‌اند. یکی از کارشناسان کمیسیون اروپا می‌گوید: «ما نمی‌توانیم فرانسه را وادار سازیم خدمات عمومی خود را متلاشی کند، ولی در ضمن این حق را هم نداریم که مقررات و روشهای فرانسوی را به انگلستان تحمیل کنیم.»

در زمینه تأمین مالی و تضمین استمرار خدمات مورد نیاز همگانی نیز راه‌حل‌های ترکیبی و گاه ابتکاری در اروپای متحد به مرحله اجرا درآمده است. به عنوان نمونه، برای گشودن راه رقابت در عرصه انحصارهای دولتی سابق، اروپایی‌ها به طور کلی تصمیم گرفته‌اند بین شبکه‌ها و عاملان تفکیک قائل شوند. به عنوان مثال، خطوط آهن متعلق به دولت خواهد بود، ولی وظیفه به حرکت درآوردن قطار روی این خطوط را به مؤسسه‌های خصوصی رقیب می‌سپارند. این مؤسسه‌ها در رقابت آزاد انتخاب می‌شوند و به دولت حق عبور می‌پردازند. آنجا که بازار سودآوری در کار نباشد، دولت مجاز خواهد بود که یارانه بپردازد.

کمیسیون اروپا در «کتاب سبز» خود این پرسش را مطرح کرده است که آیا این روش، که مخالفانش آن را «خصوصی‌سازی منافع و ملی کردن زیانها» نامیده‌اند، تا به حال مخالف با منافع همگانی بوده است یا نه. ژیل ساواری، نماینده سوسیالیست پارلمان اروپا که این روش را «شقه‌شقه کردن خدمات عمومی» می‌نامد، معتقد است که اگر نقش دولت فقط پر کردن چاله‌چوله‌های ناشی از کسری بودجه باشد، قراردادهای ثبات و رشد اقتصادی به زودی قربانی محدودیت‌های مالی خواهند شد. □

چاقی زیاده از حد کودکان و نوجوانان امریکایی را تهدید می‌کند

مدرسه می‌تواند برای سلامت کودکان مفید باشد...

مقامات بهداشتی ایالات متحد امریکا اعلام خطر کرده‌اند: چاقی در این کشور به صورت نوعی بیماری مزمن درآمده است. در این زمینه، بویژه وضع کودکان رو به وخامت نهاده است. براساس آمار رسمی سازمان مرکزی آمار امریکا، هم‌اکنون ۱۵ درصد از کل کودکان و نوجوانان ۶ - ۱۹ ساله زیاده از حد چاق شده‌اند. این درصد سه برابر بیشتر از رقمی است که در اوایل دهه ۱۹۷۰ وجود داشت. این رقم در مورد کودکان افریقایی و اسپانیایی تبار حتی از ۱۵ درصد هم بالاتر است. پزشکان عارضه چاقی در کودکان و نوجوانان را به بعضی مسائل بهداشتی جدی مانند بیماری قند، فشار خون، نفس تنگی در خواب و آسم مرتبط می‌دانند. کودکان و نوجوانانی که

دارای اضافه وزن هستند، به احتمال زیاد مبدل به بزرگسالانی فربه و زیاده از حد چاق می‌شوند و از این نظر با عوارض گوناگونی دست به‌گریبان خواهند بود. براساس آمار موجود در امریکا، افرادی که دارای اضافه وزن زیاده از حد هستند حداقل ده سال کمتر از افرادی که دارای وزن عادی هستند عمر می‌کنند.

بررسی‌های اخیر نشان می‌دهد که بیشتر بزرگسالان آمریکایی در مورد تغذیه مناسب دچار سردرگمی هستند. بنابراین، جای تعجب نیست که این همه کودک و نوجوان در امریکای کنونی از نظر مبارزه با چاقی نامجهز و درمانده شده باشند. فرارسیدن فصلی تعطیلات سالانه مسئله را پیچیده‌تر می‌کند، به نحوی که حتی آهین‌ترین اراده‌ها را هم در برابر وسوسه‌های غذایی سست و بی‌اثر می‌سازد.

به گفته یکی از کارشناسان تغذیه، معلومات و آگاهی‌هایی که کودکان و نوجوانان آمریکایی در مدرسه کسب می‌کنند، برای اجتناب از سقوط در چاه و چاله‌های فرهنگ بی‌در و پیکر این سرزمین پهناور نقشی پراهمیت دارد. از آنجا که تغذیه مناسب را در یادگیری موفقیت‌آمیز دروس مؤثر می‌دانند، آموختن بعضی نکات پایه در مورد مقدار کالری مورد نیاز بدن، اندازه هر خوراک، و توضیح و تشریح هرم غذایی ممکن است نه فقط در سلامت بلکه در کارایی تحصیلی آنها نیز مفید واقع شود.

به‌رغم این الزام قانونی که آموزشگاه‌ها را وادار می‌سازد غذاهای حساب‌شده و متناسب با نوع و مقدار فعالیت دانش‌آموزان را با کمترین قیمت ممکن در اختیار آنها قرار دهند، فشارهای سیاسی و اقتصادی اغلب دست به‌دست هم می‌دهند تا این مقررات را نادیده بگیرند. به عنوان مثال، در بعضی مجتمع‌های آموزشی، موافقت‌نامه‌های بازاریابی به تهیه‌کنندگان غذاهای «حاضری» و انواع نوشابه‌های گازدار و شیرین اجازه می‌دهد که تولیدات خود را در محوطه آموزشگاه‌ها - حتی اگر فروش این‌گونه مواد غذایی در کافه تریای مدرسه ممنوع باشد - به فروش برسانند.

کارشناسان علوم تربیتی معتقدند که شاید درست نباشد نوعی «راهنمای تغذیه برای آمریکاییان» به‌طور اجباری در مدارس تدریس شود (هر چند با شیوع روزافزون چاقی در این

کشور شاید تدریس اجباری «راهنمای تغذیه» هم ضرورت داشته باشد، ولی در شرایط موجود یک چیز مسلم است: مدارس باید ملزم باشند اطلاعات لازم در مورد تأثیرات بدنی و بهداشتی غذاهایی را که در فروشگاه‌ها و غذاخوری‌ها به خریداران عرضه می‌کنند، در اختیار آنها بگذارند. این اعلامیه‌ها باید به طرز نوشتی شود که برای کودکان و نوجوانان قابل فهم باشد. در ضمن، آموزشگاه‌های ابتدایی و متوسطه باید راههایی برای تقویت و تحکیم برنامه‌های آموزشی خود در زمینه تغذیه و خوراکی‌های بهداشتی پیدا کنند، به نحوی که دانش‌آموزان بتدریج بیاموزند که چه باید بخورند و چه نباید بخورند، و چرا و چگونه. تردیدی نیست که حتی با اجرای تمام این توصیه‌ها، دانش‌آموزان از خوردن چیپس و مرغ سوخاری و دیگر مواد غذایی و سوسه‌کننده دست نخواهند کشید، ولی دست‌کم یاد می‌گیرند که تغذیه مناسب مستلزم حفظ موازنه و میانه‌روی است. اینها درس‌هایی است که هر کودک و نوجوانی باید یاد بگیرد و جذب کند. □

صندلی چرخدار انقلابی

برای بالا و پایین رفتن معلولان از پله‌ها

پلکان‌ها دیگر مانع عبورناپذیری برای کاربران صندلی چرخدار نخواهند بود. سازمان مواد غذایی و دارویی امریکا به تازگی اعلام کرده است که پس از بررسی‌های دقیق از مدل‌های ارائه‌شده، به نوعی صندلی چرخدار مخصوص معلولان که می‌تواند از پله‌ها بالا برود اجازه تولید تجارتي داده است.

این صندلی چرخدار که تا همین حد هم یکی از دشواری بزرگ زندگی و فعالیت کاربران را برطرف می‌کند و به آنها امکان می‌دهد از پله‌ها بالا و پایین بروند، نوآوری‌های دیگری هم در بر دارد، و از جمله اینکه صندلی چرخدار پیشنهادی، علاوه بر عملکرد یادشده، قادر است به فرمان کاربر تبدیل به نوعی چهار چرخه قابل هدایت مبدل شود و به آسانی از شیب یک تپه سرسبز بالا برود و حتی جایگاه کاربر را آنقدر بالا ببرد تا در سطح گفت‌وگوی چشم در چشم قرار گیرد.

ولی مشاوران فنی سازمان مواد غذایی و دارویی در عین حال که اجازه تولید و فروش آزاد این‌گونه صندلی‌های چرخدار را صادر کرده‌اند، بعضی محدودیت‌های احتیاطی را نیز در مورد کاربرد مستقل آنها توصیه کرده‌اند، از جمله اینکه صندلی مورد بحث در سیستم‌های حرکتی خود از حسگرهای مختلف و همچنین از دستگاه‌های گردش‌نما^۱ برای حفظ تعادل روی دو چرخ و بالا و پایین رفتن از پله‌ها استفاده می‌کند. بنابراین، فروش آن باید حتماً با مجوز رسمی پزشک متخصص همراه باشد و تعلیمات عملی دقیق و جدی نیز برای کاربران در نظر گرفته شود تا بتوانند با ایمنی کامل صندلی خود را به حرکت درآورند.

سازمان مواد غذایی و دارویی آمریکا ملزم نیست که توصیه‌های مشاوران خود را حتماً به مرحله اجرا درآورد، با این حال به طور معمول این توصیه‌ها را به کار می‌بندد. در مورد صندلی‌های چرخدار جدید نیز سازمان یادشده، ضمن پذیرفتن توصیه‌های مشاوران خود، برای مؤسسه سازنده صندلی‌های چرخدار چندمنظوره مهلت معینی قائل شده است تا در ظرف آن مدت تجدیدنظرهای سریعی را که معمولاً برای تکنولوژی‌های بسیار مهم در نظر می‌گیرند، براساس توصیه‌های مشاوران یادشده به عمل بیاورد. مفهوم این امر آن است که صندلی چرخدار مورد بحث تا چند ماه دیگر به بازار خواهد آمد.

صندلی مورد بحث که با نام فنی آی‌بوت^۲ مشخص شده است دارای چهار چرخ یک اندازه است که برای بالا و پایین رفتن از پله‌ها روی همدیگر به چرخش درمی‌آیند. مخترع این صندلی چرخدار - آقای دین کامن - می‌گوید که کاربران صندلی چرخدار به او می‌گویند که یکی دیگر از ویژگی‌های آی‌بوت نیز برای آنها بسیار دل‌انگیز بوده است: صندلی مورد بحث روی دو چرخ آنقدر ارتفاع می‌گیرد که شخص کاربر در همان حال نشسته می‌تواند در سطح رده‌های بالایی قفسه‌های کتابخانه‌ها قرار گیرد و کتابهای مورد نظر خود را جست‌وجو کند، یا با افرادی که نزدیک او ایستاده‌اند به طور چشم‌درچشم به گفت‌وگو بپردازد.

کارل بارنارد، یکی از کاربران صندلی چرخدار، که از سوی «سازمان مواد غذایی و دارویی» مأموریت یافته بود آزمایشهای ایمنی لازم را روی صندلی آی‌بوت انجام دهد، می‌گوید: «این بررسی‌ها و آزمون‌ها چنان برایم جالب و هوس‌انگیز بود که دلم می‌خواست صندلی را به خانه‌ام

1. Gyroscope

2. IBOT

بیرم و برای خودم نگاهدارم.» وی اضافه می‌کند: «با این صندلی می‌توانستم تا ارتفاع یک متر و هشتاد سانتیمتر، یعنی در حد آدمهای بلندقد از سطح زمین بالاتر بروم و مواد مورد نیاز خود را از بالاترین قفسه‌های فروشگاه‌های عمومی انتخاب کنم و بدون کمک دیگران آنها را بابت خود بردارم.» اما مسئله مهم در حال حاضر قیمت ۲۹۰۰۰ دلاری این صندلی‌هاست که به گفته یک کاربر ۴۶ ساله، آن را به صورت یک شیء لوکس درآورده است. به همین دلیل، با همه هیجانی که این صندلی چرخدار به وجود آورده است، تصور نمی‌رود که بسیاری از کاربران قادر باشند، بدون تمهیدات مالی و اعتباری راهگشا، به سوی آن هجوم بیاورند.

کاربران این صندلی چرخدار چندمنظوره باید حداقل بتوانند با یک دست خود فرمان آن را که به صورت دسته مخصوص بازی‌های کامپیوتری است به حرکت درآورند، و تا اطلاع ثانوی طراحی این صندلی‌ها مخصوص بزرگسالان و نوجوانان درشت‌اندام است. شرکت «ایندی‌پندس تکنولوژی»، یکی از شرکت‌های مجموعه جانسون اند جانسون، در تولید و ساخت این دستگاه‌ها فعالیت می‌کند.

مشاوران سازمان مواد غذایی و دارویی نیز با آنکه اختراع آقای دین کامن را کاری انقلابی می‌دانند، معتقدند که متأسفانه این وسیله، لااقل در زمان حاضر، برای همگان نیست. با این وصف، مدیر فنی شرکت ایندی‌پندس تکنولوژی، آقای ژان - لوک بیوتل، می‌گوید میانگین هزینه‌های لازم برای تجدید و تعدیل پلکان‌ها، بالابرها و دیگر تغییرات خانگی لازم برای زندگی شخصی که قادر به راه رفتن نیست چیزی در حد ۴۰,۰۰۰ دلار است - مبلغ گزافی که با استفاده از صندلی چرخدار «آی‌بوت» اصولاً ضرورتی نخواهد داشت. در ضمن، وی اعلام کرده است که با سازمان خدمات درمانی و دیگر بیمه‌گران اجتماعی و بهداشتی در حال گفت‌وگوست تا راه‌حلی‌هایی به نفع کاربران بالقوه صندلی‌های آی‌بوت به دست آید. □

۵۳ درصد از کودکان شهر لندن

در زیر خط فقر بسر می‌برند

اگر چارلز دیکنز، داستان‌سرای بزرگ انگلیسی در این روزها زندگی می‌کرد، موضوع‌های بکر و تازه‌ای برای ابراز تأسف و انزجار از بینوایی و فقر کودکان لندن می‌یافت و ماجراهایی بس

دلگدازتر از داستانهای قرن نوزدهمی خود را به رشته تحریر در می آورد، بویژه اگر توفیق دریافت نتیجه گیری های حیرت انگیز گزارشی که چندی پیش به شهردار لندن تسلیم کرده اند را می یافت. به موجب این گزارش تکان دهنده که درست در «روز بین المللی حقوق کودک» انتشار یافت، ۵۳ درصد از کودکان شهر لندن، پایتخت بریتانیا و به قولی، ثروتمندترین پایتخت اروپا، در زیر خط فقر بسر می برند. بدین ترتیب، ثروتمندترین، پر و پیمان ترین، و لخرج ترین و پردایه ترین پایتخت اروپایی، در کنار میلیونرهای بی شمار خود، بیش از ۳۰۰,۰۰۰ کودک رسماً فقیر را در دل خود می پروراند.

فقر سیاه در قلب شهر

این کودکان بی برگ و نوا، نه در حومه های دورافتاده شهر، بلکه در «قلب لندن» بسر می برند که نزدیک به سه میلیون نفر جمعیت با عالی ترین سطح درآمد سرانه در آنجا سکونت دارند. بیشتر کودکان مورد بحث در نامجهزترین محله های درونی شهر لندن، بویژه هاکنی، لامبت، ساوت وارک یا تاور هملتز، بسر می برند که فقط به اندازه چند ایستگاه مترو با محله های چلسی و کنزینگتون که قیمت خانه ها و مستغلات این محله ها سر به فلک می زند، فاصله دارند.

شگفتی دیگر: به طور نسبی شمار بیشتری از کودکان ساکن در مرکز لندن دچار فقر و محرومیت اند تا کودکانی که در دیگر مناطق کشور سکونت دارند. براساس ضوابط رسمی، در انگلستان «فقیر» به افرادی اطلاق می شود که در خانواده ای با درآمد کمتر از ۶۰ درصد درآمد متوسط زندگی می کند.

گزارشی که به شهردار لندن تسلیم شده مبتنی بر ارقامی رسمی است که معمولاً از سوی وزارت کار و بازنشستگی انتشار می یابد. در گزارش مورد بحث، به منظور رعایت عدل و انصاف، درآمد خانوار را پس از کسر مالیاتها، کسور اجتماعی و هزینه های مسکن ملاک قرار داده اند - هر چند هزینه مسکن برحسب نواحی مختلف به شدت تفاوت می کند.

فقر و محرومیت کودکان لندن، در میان اقلیت های پاکستانی و بنگلادشی از همه بیشتر است (۷۳ درصد). نرخ های بسیار اندک بیکاری در سطح ملی - در حد ۳ درصد جمعیت فعال آماده به

کار - در واقع نقاب گمراه‌کننده‌ای است که نابرابری‌های عظیمی را از نظرها پنهان می‌دارد. شهر لندن هر ساله در حدود ۱۵۰,۰۰۰ تازه‌وارد را می‌پذیرد.

اکثریت عظیم این عده کارهای ساده و فاقد مهارت را بر عهده می‌گیرند یا کاری پیدا نمی‌کنند. با ارقام واقعی، درآمد کارگران یدی شهر لندن در ظرف ده سال گذشته از ۹ درصد تجاوز نکرده است. در زمان حاضر، «قلب لندن»، یعنی درونی‌ترین بخشهای شهر، دچار بالاترین سطح بیکاری، در قیاس با دیگر ناحیه‌های کشور است.

کودکان فقیر شهر لندن بیشتر متعلق به خانواده‌هایی هستند که لااقل یکی از والدین آنها یا هر دو نفر آنها بیکارند. ناگفته نماند که شیوع بیماری سل در شهر لندن بین سه تا هشت برابر دیگر نقاط کشور است. چیزی که مسلماً موجب تعجب چارلز دیکنز نمی‌شود. □

بیمارستان‌های از نفس افتاده...

و کمبود مزمن پزشک‌های درمانگاهی، پرستاران و دیگر کارکنان مراقبت‌های بالینی

در نخستین نگاه، همه کارکنان از کار کردن در این بخش جراحی کودکان بیمارستان روبر - دوبره در محله نوزدهم پاریس راضی به نظر می‌رسند. پرستاری که از ۱۰ سال پیش در اینجا کار می‌کند توضیح می‌دهد: «اینجا یک مؤسسه بسیار پیشرفته است، و فکر رفتن به جای دیگر به مخیله‌ام هم خطور نمی‌کند، چون ممکن است در جاهای دیگر حوصله‌ام سر برود.» دکتر الیزابت کاریکابورو اضافه می‌کند: «در اینجا بسیاری از بیماران را درمان می‌کنیم، عمل‌های ترمیمی زیادی انجام می‌دهیم و به طور کلی احساس می‌کنیم که در جهت منطق پیشرفت و رفاه بیشتر پیش می‌رویم و این خود احساس رضایت‌بخش است.» دکتر ایو ایگرن، رئیس بخش جراحی داخلی، سخن از «شانس» می‌گوید و کار جراحی کودکان را «زیباترین حرفه دنیا» می‌نامد.

با این حال، بیمارستان روبر - دوبره که به زودی پانزدهمین سال تأسیس خود را جشن خواهد گرفت، در مرکز گردباد قرار گرفته است. یک دلیل ساده! تابستان گذشته، بخش دکتر ایگرن ناچار بوده است دوازده تخت از مجموع چهل تخت خود را تعطیل کند. در طبقه پایین، در بخش جراحی استخوان نیز بیست تخت از چهل تخت موجود حذف شده است.

منشأ این حذف و تعطیل‌ها: کمبود سرسام‌آور پرستار و دیگر کارکنان کمکی است. سرپرست کل بخش پرستاری و پیراپزشکی، کاترین توفولون، با حالتی وحشت‌زده می‌گوید: «اول از همه آموزشگاه‌های تربیت پرستار را بستند، بعد قانون ۳۵ ساعت کار در هفته به اجرا درآمد. نتیجه همین مصیبتی است که می‌بینید! تازه از موج بازنشستگی‌ها که از سال ۲۰۰۴ شروع خواهد شد حرفی نمی‌زنم.»

کاترین که خود قبلاً پرستار بوده است نمونه ساده‌ای از وضع موجود را مطرح می‌سازد. پیش از این در اینجا «انگشتی‌ها» (منظورش کودکانی است که انگشت‌شان لای در می‌ماند و زخمی می‌شود) حداقل یک شب بستری می‌شدند. حالا، آنها را پانسمان می‌کنند و از بیمار می‌خواهند که روز بعد به بیمارستان مراجعه کند. فقط برای اینکه یک تخت را محض احتیاط خالی نگاه دارند!

دستگاه اداری این بیمارستان نیز، مانند بیمارستان‌های دیگر، از استخدام پرستاران اسپانیایی که مشهور به «صلاحیت و خوش قلبی» هستند تردید نمی‌کند، و «مسئله زبان» را هم نادیده می‌گیرد. ولی نوآوری تازه که کل بخش را برهم زده، مراجعه به شرکتهای واسطه است. این شرکتهای عرضه‌کننده پرستار موقت به بیمارستان‌ها هستند و به تازگی کمک‌پزشک و مریبان کودک موقت هم عرضه می‌کنند. در بخش پروفیسور ایگرن، بین ۲۰ تا ۳۰ درصد از پرستاران به طور موقت کار می‌کنند.

لیلیان که از هشت سال پیش پرستار بوده و به تازگی به بیمارستان رویر - دوره آمده است، می‌گوید: «پرستار موقت بودن آزادیهایی دارد که ممکن است مطلوب یا نامطلوب باشد. من شخصاً از این طرز کار خوشم نیامده است. خودم دو یا سه ماه پرستار موقت بودم، ولی ادامه ندادم. چون، وقتی یک شب اینجا و یک شب در جاهای دیگر مشغول کار باشید، نه احساس علاقه به بیماران در شما به وجود می‌آید و نه احساس تعلق به یک گروه پزشکی معین.»

این‌گونه پرستارها احتمالاً خیر ندارند که در واقع متعلق به «نژاد»ی هستند که در حال نابودی است. پاتریشیا می‌گوید: «پرستاری حرفه خارق‌العاده‌ای است. ولی آدم زود فرسوده می‌شود. من اگر دختر داشتم، شغل پرستاری را به او پیشنهاد نمی‌کردم، شرایط کار خیلی سخت شده است و آدم را خرد می‌کند.» وی، برای افزایش درآمد خود، که در حدود ۲۰۰۰ یورو در ماه است، روزهای تعطیل آخر هفته و حتی دیگر روزهای تعطیل رسمی هم کار می‌کند: «فقط به کمک این

اضافه کاری‌هاست که می‌توان به کارمزد کم‌و بیش قابل قبولی دست یافت». به گفته پاتریشیا: «دستگاه باید انتخاب کند. یا حذف تخت‌های بیمارستانی، یا استخدام پرستاران بیشتر. ما پرستارها، تنها چیزی که می‌خواهیم این است که بتوانیم کار خودمان را درست و حسابی انجام دهیم.» روشن است که با چنین پرستارهایی دیگر نمی‌توان همان حرف‌های قلمبه قدیمی را در مورد پرستاری تکرار کرد (حرف‌های فریبنده‌ای که گویا پرستاری «حرفه» و «شغل» نیست، بلکه «رسالت» و «مأموریتی وجدانی» است). اسطوره «دختران و زنان مهربان و همیشه خندان و فداکار» دیگر محلی از اعراب ندارد: «احساس رسالت و فداکاری، فقط برای پنج - شش دقیقه کارآیی دارد! ما دیگر "خواهران روحانی" نیستیم. باید ورق را برگرداند.»

این تنها پرستاران نیستند که احساس نگرانی می‌کنند. پروفیسور ایگرن پیش‌بینی می‌کند که آفت شرایط کار به دلیل مضاعف کمبود مزمن کارکنان پزشکی، از یک سو، و اجرای قانون ۳۵ ساعت کار هفتگی، از سوی دیگر، شتاب بیشتری خواهد یافت: «در شش ماه گذشته، هیچ انترنی در بخش جراحی استخدام نشده است. حتی اگر از همین امروز درهای آموزش متخصصان را به کلی باز بگذارند و همه موانع را هم برطرف سازند، باز هم به سبب طولانی بودن دوره تعلیمات تخصصی پزشکی، با چراغ خطر قرمز سروکار خواهیم داشت.» این جراح کارکشته که در بخش تحت سرپرستی خودش فقط دارای سه پست انترن «بودجه‌دار» است، نگرانی خود را در برابر مطالبات اجتماعی پنهان نمی‌کند: «شکوفایی حاصل از کار و حرفه باید انگیزه اصلی افراد باشد. حال آنکه، با شنیدن سخنرانی‌های سندیکایی این احساس به انسان دست می‌دهد که امروزه افراد منحصراً در خارج از کار و حرفه خود به شکوفایی می‌رسند. وحشتناک است، نه؟»

* * *

روابط حرفه‌ای دیگر کارکنان با پزشکان نیز بر تلخی و نامناسب بودن محیط کار می‌افزاید. ایولین، سرپرستار بیمارستان کلود برنار در شهر منز - که یکی از ده بیمارستان بسیار بزرگ بخش خصوصی در فرانسه است - می‌گوید: «آنها به طور دائم تکرار می‌کنند که در هر لحظه می‌توانند عذر ما را بخواهند. البته، ما خودمان تا حدی مسئول این طرز فکر بوده‌ایم، چون همواره کوشش می‌کنیم که رضایت آنها را جلب کنیم». به اعتقاد لورانس لومال، سرپرستار بخش جراحی استخوان: «آنها کار خود را در یک حوزه مشترک در نظر نمی‌گیرند. از دیدگاه آنها [پزشکان] مباشران فقط باید اطاعت کنند، همین و بس.» سرپرستار پاسکال لگزا، مدیر بخش مراقبتهای

درمانی، خود را نوعی مدیر تولید می‌داند: «با تمام احترامی که برای حرفه آنها [پزشکان] قائلم و حتی انسانیت بعضی از آنها را هم می‌ستایم، باید بگویم که این حضرات دو قرن عقب افتاده‌اند. امروزه، حرفه درمان و مراقبتهای پزشکی نوعی کار گروهی است و هیچ‌کس نمی‌تواند کار دیگری را دست بگیرد. برای پیروزی در جنگ وجود فرمانده لازم است، ولی فرمانده هم به تعداد زیادی سرباز احتیاج دارد.»

دکتر ایو ژاکوب، مسئول واحد جراحی ترمیمی و دست، با تبسم می‌گوید: «من، به نوبه خود، استنباط بی‌نهایت تند و تیزی از سرمایه‌گذاری کارکنان درمانی دارم. دشواریهای ما در هم تنیده شده‌اند. ما پزشکان نیز با مسائل استخدامی دست به گریبانیم - بویژه در بخشهای جراحی، بیهوشی و زنان و زایمان. دانشجویان در انتخاب رشته بیش از پیش کیفیت زندگی را در نظر می‌گیرند و از اجبارها و محدودیت‌های ناشی از موقعیت‌های اضطراری واقعی می‌گریزند. حالا دیگر از پزشک کودکان، بخصوص برای کار در بیمارستان‌ها، خبری نیست، همین‌طور از متخصصان جان‌بخشی مجدد نوزادان. در این زمینه من آینده روشنی نمی‌بینم.»

دکتر ژاکوب از قید و بندهای فزاینده‌ای سخن می‌گوید که از سوی دستگاه‌ها و مقامات قانونگذاری به پزشکان تحمیل می‌شود؛ قید و بندهایی که وی آنها را «سندروم سپر بلا» می‌نامد: «نگران‌کننده‌تر از همه، تمایل روزافزون دستگاه‌های اداری به صدور مقررات و رهنمودهایی است که هدف آنها وادار ساختن پزشکان به انتخابهایی خارج از حیطه اخلاق پزشکی است و در عین حال، بخشی از مسئولیت درمانی او را سلب می‌کنند - بویژه قدرت تصمیم‌گیری را که هویت حرفه‌ای او را تشکیل می‌دهد. برای چه؟ برای آنکه بتواند در صورت عدم کامیابی یا بروز بعضی اشکالات او را بهتر مورد حمله قرار دهند...» وی این پرسش را مطرح می‌کند: «وقتی بودجه کلی بخش ته کشید، چه کسی را باید عمل جراحی کرد؟ آنکه وضع وخیم‌تری دارد؟ آنکه به شما سفارش شده؟ یا آنکه درآمد بیشتری نصیب بخش می‌کند؟ من شخصاً هرگز به طور گزینشی عمل نمی‌کنم.» با این وصف، دکتر ژاکوب اطمینان می‌دهد که «اگر هنوز در یک محیط حرفه‌ای شور و شوقی باقی مانده باشد، همانا محیط بیمارستان است. بیمارستان من، در هر حال، دست نخورده باقی مانده است.»

* * *

اودی، پرستار مرکز پزشکی منطقه‌ای در اورلئان نیز خاطرنشان می‌کند که «روابط متقابل در تیم‌های درمانی - مراقبتی دچار انحطاط شده است و سلسله مراتب بیش از پیش تبدیل به چیزی تو خالی می‌شود. همه عجله دارند که زودتر به خانه و زندگی خود برسند، حال آنکه وجود یک تیم پزشکی کامل در اطراف بیمار از هر لحاظ حائز اهمیت است.» زمان، اصطلاحی است که در عرصه بیمارستان‌ها نیز روزبه‌روز بیشتر در مکالمات شنیده می‌شود. لذا، سرپرستار، می‌گوید: «ما کورنومتر به دست کار می‌کنیم و از این طرز کار خسته شده‌ایم.»

برای حفظ ارتباط انسانی خود با بیمار که از نظر لنا کاملاً ضروری است، و فراتر نرفتن از ساعتهای روزانه خود (۷/۵ ساعت)، لنا اغلب نهار خود را «فراموش» می‌کند. «پذیرش و تبسم مرسوم هنوز هم پایرجاست. ولی برویم سر اصل مطلب. به عنوان مثال، اگر بیمار نتایج آزمایش خون را مطالبه نکند، نتایج را به او نمی‌دهند، مسئولان بخش به استقبال درخواست‌های بیمار نمی‌روند، چون وقت ندارند. با این حال، بیمار حق دارد به اطلاعات مربوط به خود دسترسی داشته باشد. بیمار باید بفهمد که با او چه می‌کنند. نقش ما پرستاران آرامش بخشیدن به بستگان بیمار هم هست. مردم به ما می‌گویند: شما دائم کار می‌کنید! ولی ما می‌دانیم، یا باید بدانیم که به عنوان مثال بیمار قلبی آکنده از اضطراب است. او احتیاج مبرم دارد که ما پرستارها به او اطمینان بدهیم. به مجرد آنکه دست به بدن بیمار بزنید او به طرز قابل توجهی وحشت می‌کند و این احساس به او دست می‌دهد که یکپارچگی بدن خود و همچنین قدرت تصمیم‌گیری را از دست داده است. بیمار خود را در جنگلی از روپوش‌های سفید، تنها می‌بیند و این هم چیزی نیست که از وحشت او بکاهد.»

مودی، یکی دیگر از پرستاران که مادر یک خانواده نیز هست گفته‌های لنا را تصدیق می‌کند: «ما همیشه وقت کم می‌آوریم و ترس از دست دادن شغل هم به آن اضافه می‌شود. حفره بزرگی بین دستگاه اداری و کارکنان درمانی - مراقبتی پدید آمده است. در واقع، ما با یک زبان حرف نمی‌زنیم. دستگاه اداری همواره مترصد آن است که یک پست خالی گیر بیاورد. در چنین شرایط کارکنان درمانی احساس حقارت می‌کنند. دستگاه اداری روزبه‌روز انعطاف‌ناپذیرتر می‌شود، چون با فشارهای مالی مواجه است. واقعاً به حالتی رسیده‌ایم که گویی درمان و سلامت بیماران را با چرتکه حساب می‌کنند.»

سابقین، کمک پرستار، احساس می‌کند که حرفه‌اش در حال نابودی است: «ده سال پیش در آموزشگاه پرستاری ۳۰ نفر بودیم، و امروز پنج نفر بیشتر نیستیم.» کمک پرستاران احساس نابودی می‌کنند، چون در هر بحران مالی نخستین پست‌هایی که حذف می‌شود، پست‌های آنهاست. آنها در واقع نخستین قربانیان هرگونه خانه‌تکانی در بخشها هستند. با این حال، آنها هستند که بیشتر وقت خود را با بیماران می‌گذرانند. بیماران نیز بدون ترس و ناراحتی خود را به آنها می‌سپارند، چون آنها برای اذیت کردن بیماران وارد اتاق نمی‌شوند.

با این حال، سابقین دلش نمی‌خواهد که زیاد شکایت کند: «برای ما کمک پرستارها، بخشهای پردردسر هم وجود دارد. به عنوان مثال، سری بزنید به بخشهای اورژانس. البته آنجا اردوگاه کار اجباری با اعمال شاقه نیست، ولی خیلی سخت است. اینجا، ما لحظات دشواری را می‌گذرانیم، ولی هنگامی که همه به طور کامل حاضر باشیم، می‌توانیم کارهای درست و حسابی انجام بدهیم. گاه پیش آمده است که از ۳۳ بیمار بستری، مجبور شده‌ام که ۱۴ تا ۱۵ تای آنها را به توالی ببرم، ولی این در واقع حداکثر است، حال آنکه، به عنوان مثال، در بخش مغز و اعصاب، کمک پرستاران گاه تا ۲۸ مورد توالی در روز هم دارند. حتی در روزهای تعطیل آخر هفته هم کمک پرستاران به نظافت و رفت و روب نمی‌رسند، چون هنوز هم درگیر توالی‌ها هستند!»

در بخش خون‌شناسی و سرطان‌شناسی بیمارستان سن ژاک در بزانسون، کافی است کلمه «بازنشستگی» به زبان آید تا ترس و نگرانی بر چهره‌ها نقش بندد. ژاکلین، پرستار دارای دیپلم دولتی، ۵۷ ساله می‌گوید: «من به مدت ۱۴ سال برای نگاهداری و بزرگ کردن بچه‌های خود ترک خدمت کردم، بعد به مدت ۵ سال به طور نیمه‌وقت کار کردم، و حالا به طور غیرتمام وقت ۷۵ درصدی کار می‌کنم، چون امکان آن را نداشتم که در ۵۵ سالگی بازنشسته شوم! حالا هرطور دلتان می‌خواهد حساب کنید». حساب و کتابی در کار نیست. همکاران ژاکلین که او را «مادر بزرگ» می‌نامند، حرفه‌ایش را تصدیق می‌کنند، چون آنها هم کم و بیش همان وضع و حال او را دارند.

ژوسلین، پرستار کودکان، ۴۵ ساله، از ۱۹۷۹ کار خود را شروع کرده است: «هنوز سه تا بیچه تحت تکفل دارم. من هم به مدت سه سال ترک خدمت کردم و حالا کار غیرتمام وقت ۷۱

درصدی انجام می‌دهم. تصمیم گرفته بودم که در ۵۵ سالگی، یعنی ده سال دیگر، خود را بازنشسته کنم. در آن زمان دخترهای ۲۳ و ۲۵ ساله‌ام مستقل خواهند شد، ولی پسر کوچکم که نه سال بیشتر ندارد هنوز به کمک من احتیاج خواهد داشت. بنابراین، رفتن برایم مطرح نیست، خاصه آنکه پولی که به عنوان مستمری بازنشستگی به من تعلق خواهد گرفت کفاف ما را نخواهد داد. آیا این همه سال کار کردن و زحمت کشیدن برای دریافت آن مبلغ ناچیز منصفانه است؟»

کریستین، ۴۰ ساله، مامای تحصیل کرده بیمارستان پل دو ویگیه شهر تولوز، تعریف می‌کند که پس از اسباب‌کشی به ساختمان جدید و پرزرق و برق بیمارستان چقدر یکه خورده است از آنکه یک بخش کامل با ۲۰ تخت مجهز به ساختمان جدید منتقل نشده، چون مامای کافی وجود نداشته و تمام کارکنان دیگری هم که به عنوان دستیار با ماماها کار می‌کردند به وسیله کارکنان یک شرکت خصوصی نظافت‌گر جانشین شده‌اند. «حالا دیگر کارکنان امور مالی مدیریت بیمارستان را به دست گرفته‌اند.»

کریستین قبول دارد که در امور اقتصادی صاحب صلاحیت نیست. با این حال می‌پرسد: «اگر قرار باشد یک بخش کامل به سبب کمبود ماما و دیگر کارکنان درمانی - مراقبتی از بین برود، هزینه نگهداری این بیمارستان جدید با آن سالن‌های عظیم و آن راهروهای بی‌اندازه وسیع را چگونه می‌توان توجیه کرد؟...»

بذر موفقیت‌های چین در کودکانها پاشیده می‌شود

«حاصل جمع شش به اضافه هشت منهای هفت به اضافه شش به اضافه پنج چند می‌شود؟ اگر بتوانید بی‌درنگ جواب بدهید که حاصل جمع مساوی است با ۱۸، باید به شما تبریک گفت! به این ترتیب، شما در حد یک بچه کودکانستانی شانگهای (چین) - که با زبان سوم خود همین پاسخ را می‌دهد - قابل تحسین خواهید بود.»

نیکلاس دی. کریتسف، گزارش خود از شانگهای را با عبارت بالا در نیویورک تایمز شروع می‌کند و چنین ادامه می‌دهد: «من در شانگهای آینده را به چشم خود دیدم - منظورم همین بچه‌هایی هستند که در آنجا ملاقات کردم. امریکایی‌هایی که به چین می‌آیند معمولاً به

آسمان خراش‌های عظیمی خیره می‌شوند که مثل قارچ از زمین سر بر می‌آورند - مثلاً برج ۴۲۰ متری ژین مائو - ولی شگفت‌انگیزترین و در عین حال هول‌انگیزترین وجه نوسازی امروزی شدن چین در واقع آموزش است که در شهرهای بزرگ این کشور به کودکان داده می‌شود.

کودکستان‌های هراس‌انگیز!

مهمترین چالش رقابت‌آمیزی که چین در درازمدت در برابر ما مطرح خواهد کرد، نه آسمان‌خراش‌ها، نه ارتش و نه صنعت، بلکه بچه‌های هوشمند و درخشانی نظیر تونی شو خواهد بود. نام اصلی تونی شوژون است، ولی تمام بچه‌هایی که در «کودکستان قرن جدید» ثبت‌نام کرده‌اند، اسمهای فرنگی هم برای خود انتخاب می‌کنند. زبانهای اول و دوم تونی ماندارین و شانگهای هستند، ولی حاصل جمع یادشده را به زبان انگلیسی سریع‌تر از من ذکر می‌کرد. من پرسش خود را با نگرانی مطرح کردم (۱۰ به اضافه ۵ منهای یک منهای چهار به اضافه ۵) ولی پیش از آنکه بتوانم نفس تازه کنم او جواب داده بود: پانزده. حال به فکر افتاده‌ام که در ازای شهریه‌هایی که به کالج خود پرداخته‌ام، طلب غرامت کنم!

در چین امروز، اولیای کودکان برای فرستادن کودک خود به کودکستان‌های غیردولتی باید رقم سنگین ۲۰۰۰ دلار در سال را بپردازند. ولی از آنجا که خانوارهای شهری اکنون فقط یک بچه دارند، رقم بالا برای «امپراتور کوچک» خانواده هزینه هنگفتی محسوب نمی‌شود. در سراسر چین، آموزشگاه‌های درجه یک غیردولتی، به گفته خود چینی‌ها، مثل جوانه‌های بامبو پس از بارانهای بهاری از هر سو سر بر می‌آورند.

البته، نظام آموزش و پرورش چین هنوز هم در روستاها اسیر مدرسه‌های کاهگلی، دهقانانی که دختران خود را از مدرسه‌ها بیرون می‌کشند و دانشگاه‌های درجه سوم است ولی نیرومندی عظیم چین در آنهاست که در شهرهای بزرگ بیش از پیش به صورت، نه یک کشور کومونیست یا یک کشور سوسیالیست، بلکه منحصراً به صورت یک کشور آموزشی در می‌آید.

هنگامی که من در چین بودم، به عنوان نماینده دانشگاه هاروارد مسئولیت مصاحبه با فارغ‌التحصیلان دبیرستانها را برای پذیرش آنها در دانشگاه هاروارد بر عهده داشتم. مجموعه تست‌های SAT را که برای ارزیابی فارغ‌التحصیلان دبیرستان طراحی شده است در چین عرضه

نمی‌کردند. بنابراین، من به ناچار از مجموعه تست‌های GRE استفاده می‌کردم که در واقع برای متقاضیان دوره‌های فوق لیسانس طراحی شده است، و با این وصف بیشتر فارغ‌التحصیلان دبیرستانها که با این تست‌ها مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند نمره‌های بسیار بالا می‌آوردند! بسیاری از دوستان چینی من اظهار تأسف می‌کردند از اینکه رژیم بچه‌ها را بدجوری تحت فشار قرار می‌دهد و بی‌خیالی و زندگی رؤیاگونه دوران کودکی را از آنها می‌گیرد. ولی من هرگز احساس نکردم که این بچه‌های درخشان به صورت موجوداتی ماشینی درآمده‌اند. بسیاری از آنها به طور جدی شیفته هنر، موسیقی، شعر یا این روزها، بسکتبال و دیگر ورزش‌های مدرن هستند.

من یکی از بهترین دبیرستان‌های شانگهای را که وابسته به دانشسرای عالی چین است مورد بازدید قرار دادم. دانش‌آموزان دبیرستانی امریکا که بهترین امتیازها را در مجموعه تست‌های SAT به دست آورده‌اند، بد نیست سری به دانش‌آموزان ۱۷ ساله اینجا بزنند که امتیازهایی بسیار عالی در مجموعه تست‌های [مخصوص متقاضیان تحصیلات فوق لیسانس در امریکا] کسب کرده‌اند!

هدفهای والاتر

مدیر دبیرستان نامبرده، خانم هی‌شیا اوئن، ۱۴ مدال طلا را به من نشان می‌داد که دانش‌آموزان آن دبیرستان در المپیادهای بین‌المللی ریاضیات و علوم تجربی کسب کرده بودند. هنگامی که از خانم مدیر پرسیدم «آیا در مورد سیگار کشیدن یا مصرف نوشابه‌های الکلی توسط دانش‌آموزان مسئله‌ای ندارد؟» چنان یکه خورد که فکر می‌کنم اگر در همان لحظه در اتاق مدیر مدرسه نبودم حتماً مرا برای تنبیه لازم به اتاق مدیر می‌فرستاد!

یکی از دلایل موفقیت‌های آموزشی چینی‌ها را می‌توان در جستارهای متقاطع فرهنگی یافت. امریکایی‌ها می‌گویند دانش‌آموزان چینی خوب عمل می‌کنند، چون زرنگ‌ترند. چینی‌ها معتقدند موفقیت دانش‌آموزان چینی به این علت است که سخت‌کوش ترند.

بخش فزاینده‌ای از شواهد موجود حاکی از این است که توفیق دانش‌آموزان چینی تا حدی به دلیل آن است که اولیای آنها به طور معمول هدفهای بسیار بالایی برایشان در نظر می‌گیرند و فرزندان نیز این هدفها را جذب می‌کنند و به دنبال آنها می‌روند. پدران و مادران امریکایی توجه

کمتری به این امر نشان می‌دهند، و در هر دو مورد فرزندان در حد توقعات و انتظارات والدین خود تلاش به خرج می‌دهند.

نتیجه را می‌توان در دبیرستان شماره ۲ شانگهای مشاهده کرد. دانش‌آموزان به طور شبانه‌روزی در محیط آموزشی بسر می‌برند و فقط هفته‌ای یک بار به خانه می‌روند. ساعاتی کار اغلب آنها از ۶/۳۰ صبح تا ۱۱ شب است. روزهای شنبه از ساعت ۹/۳۰ صبح تا ۵/۱۰ بعدازظهر در کلاسهای تقویتی هستند، و روز یکشنبه را به مصرف کاری می‌رسانند که یکی از دختران دانش‌آموز آن را «شش ساعت کار خانگی خودخواسته» می‌نامید.

دانش‌آموز یادشده در توضیح این فعالیت شرح می‌داد که «این نوعی کار اضافی برای خودسازی است. به‌عنوان مثال، من به خواندن کتابهای خارجی می‌پردازم تا در زمینه‌هایی که خود را ضعیف احساس می‌کنم تقویت شوم.»

دانش‌آموزان چینی ممکن است از بعضی تفریحات محروم باشند و ممکن است در بعضی زمینه‌ها، مانند امور جنسی، مواد مخدر و راکاندربول، از برخی هم‌تایان امریکایی خود عقب‌تر باشند. ولی ریاضیات را خوب می‌شناسند و به نوعی اخلاق کار نیز مجهزند و، مهمتر از همه، دارای چنان عطش برای آموزش و یادگیری هستند که آنها را سرسخت و تسلیم‌ناپذیر می‌سازد. با چنین دانش‌آموزانی در صحنه و بچه‌هایی کودکستانی از نوع تونی شو در پس آنها، چین ممکن است یک بار دیگر رهبری جهان را به دست گیرد. □

اعلام خطر سازمان جهانی بهداشت

در افریقا، هند، روسیه و چین بیماری ایدز از کنترل خارج شده است

پس از انتشار آخرین آمار وحشت‌انگیز قربانیان ایدز در سال گذشته، سازمان جهانی بهداشت و دیگر تأسیسات و کارگزاری‌های وابسته به سازمان ملل متحد، هشدار بزرگ و پرطنین خود را به سراسر کشورهای جهان ابلاغ کرده‌اند. براساس آمار و ارقام ارائه‌شده از سوی دستگاه‌های صلاحیت‌دار، این بیماری واگیردار جهانی همچنان رو به گسترش است و در دو منطقه دیگر از دنیا عملاً غیرقابل کنترل شده است: آسیا و اروپای شرقی.

تا آنجا که آمار موجود نشان می‌دهد - آماری که مسلماً از پوشش همگانی دقیق و سراسری برخوردار نیست - در سال گذشته ۵ میلیون نفر دیگر به بیماری ایدز مبتلا شده‌اند. این رقم هیچ‌گونه کاهشی نسبت به سال قبل نشان نمی‌دهد و، برعکس، حاکی از آن است که شمار قربانیان افزایش یافته و از ۳ میلیون نفر به ۳/۱ میلیون نفر رسیده است. یکی از ویژگی‌های این گسترش آن است که دو کشور چین و هند که داده‌های آماری آنها به طور معمول به میزان زیادی کمتر از اعداد و ارقام واقعی است، به مقیاس وسیعی مورد حمله این بیماری قرار گرفته‌اند. قارهٔ آفریقا همچنان به صورت عظیم‌ترین عرصه تاخت و تاز بیماری ایدز باقی مانده است. براساس اعلامیهٔ سازمان ملل متحد، بعضی از کشورهای آفریقایی در برابر بی‌اعتنایی جهانیان در گرداب هولناک بیماری ایدز فرورفته‌اند. در چهار کشور آفریقایی، میزان ابتلا به بیماری ایدز در میان بزرگسالان از ۳۰ درصد فراتر رفته است.

بیماری همه‌گیر ایدز که از مدتها پیش در مناطق زیر صحرای آفریقا از کنترل خارج شده است، در دو منطقهٔ دیگر از دنیا نیز عنان‌گسیخته پیش می‌رود و در آستانهٔ کنترل‌ناپذیری قرار گرفته است. گزارش سالانه سازمان ملل در زمینهٔ بیماری ایدز حاوی نوعی اعلام خطر آشکار و دور از هرگونه پرده‌پوشی است: نزدیک یک میلیون مورد جدید آلودگی به ایدز در سال ۲۰۰۲ در آسیای جنوبی و شرقی به ثبت رسیده است، و در اروپای شرقی و آسیای مرکزی نیز ۲۵۰،۰۰۰ نفر بیش از مبتلایان سال قبل ردیابی شده‌اند. بدین ترتیب، هند، چین و روسیه به صورت بمب‌های تأخیری درآمده‌اند که در آنها گسترش بیماری با سرعت‌های سرگیجه‌آوری به پیش می‌رود.

چشم‌انداز جهانی

در پایان سال میلادی ۲۰۰۲، شمار افراد آلوده شده به ویروس ایدز در سراسر جهان بیش از ۴۲ میلیون برآورد شده بود - یعنی ۲ میلیون بیشتر از سال قبل از آن. اکنون نسبت زنان و مردان آلوده به این ویروس مساوی شده است. در کشورهای زیر صحرای آفریقا موارد آلودگی ردیابی شده بالغ بر ۲۹/۴ میلیون نفر بوده است. آسیا و حوزهٔ اقیانوس آرام از لحاظ شدت و وسعت آلودگی به این بیماری در ردیف دوم قرار می‌گیرند - با ۷/۲ میلیون مورد ردیابی شده، در

برابر ۱/۲ میلیون برای اروپای شرقی و آسیای مرکزی. از شمار آلودگی‌های جدید به هیچ وجه کاسته نشده است: ۵ میلیون ابتلای جدید در سال ۲۰۰۲، یعنی چیزی در حد مبتلایان سال ۲۰۰۲، با این تفاوت که اکنون زنان با دو میلیون آلودگی جدید رکورد سال قبلی خود را شکسته‌اند - که یعنی ۲۰۰ هزار نفر بیشتر از سال ۲۰۰۱، رقم مرگ و میرهای ناشی از ایدز نیز افزایش یافته است: ۳/۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۲ - که یعنی ۱۰۰,۰۰۰ نفر بیشتر از سال ۲۰۰۱. براساس گزارش مورد بحث سازمان ملل، «شانس تسلط بر بیماری واگیردار ایدز در آسیا به سرعت کاهش می‌یابد.» بیست درصد از آلودگی‌های جدید به این بیماری در آسیا به ثبت رسیده و ۲/۱ میلیون از جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله این منطقه حامل ویروس ایدز هستند. رقم مرگ و میر ناشی از ایدز در همین منطقه بیش از ۵۰۰,۰۰۰ نفر بوده است (در سال ۲۰۰۲).

هند: دست‌کم گرفتن فاجعه

رقم رسمی ۱ درصد برای بزرگسالان آلوده به ویروس ایدز در هند، براساس گزارش سازمان ملل «به هیچ وجه نشان‌دهنده وخامت موقعیتی نیست که این کشور در آن گرفتار آمده است.» به زبان دیپلماتیک، این رقم اهمیت فاجعه و عواقب آن را بیش از حد دست‌کم می‌گیرد. نزدیک چهار میلیون نفر در هند با ویروس ایدز زندگی می‌کنند - رقمی که بعد از افریقای جنوبی (۵ میلیون مورد آلودگی ردیابی شده) بزرگترین رقم جهانی محسوب می‌شود. گذشته از این، وضعیت هند از نظر شدت تفاوت بین ایالت‌های مختلف کشور نیز، چه در زمینه سرعت و گستره شیوع این بیماری و چه از نظر اقدامات پیشگیرانه، منحصر به فرد است.

چین: تزریق مواد مخدر

در گزارش سازمان ملل آمده است که «کوچکترین نشانه‌ای از تخفیف بیماری ایدز در چین به چشم نمی‌خورد.» در میانه سال ۲۰۰۲، تقریباً یک میلیون چینی آلوده به ویروس ایدز ردیابی شده بودند. از حالا تا پایان دهه جاری، این رقم احتمالاً به ۱۰ میلیون نفر - چیزی در حد کل جمعیت کشور بلژیک - خواهد رسید، مگر آنکه به طور جدی با این بیماری مبارزه شود. آمار و ارقام رسمی دولت چین حاکی از افزایشی در حدود ۱۷ درصد در سال است. برآوردی

که به پیش‌بینی محافل تخصصی سازمان ملل ممکن است بسیار کمتر از واقعیت باشد. علت عمده این تردید هم تفاوت‌های اقتصادی - اجتماعی بین مناطق مختلف کشور چین و مهاجرت‌های داخلی وسیع در این کشور است: ۱۰۰ میلیون چینی به طور موقت یا دائمی دور از زادگاه اصلی خود زندگی می‌کنند. بیماری ایدز دست‌کم در سه ایالت یونان، گوانگسی و گوانگدون رو به گسترش است.

در بیشتر نقاط آسیا، این بلای خانمان‌سوز بیشتر از میان مصرف‌کنندگان مواد مخدر قابل تزریق قربانی می‌گیرد. ولی، براساس گزارش سازمان ملل متحد، بیشترین بخش ایالت‌های نامبرده از حداقل خدمات لازم برای حمایت از افراد در برابر ایدز محرومند.

روسیه: رشد استثنایی... ایدز

بیماری همه‌گیر ایدز به سرعت در بیشتر کشورهای اروپای شرقی و آسیای مرکزی گسترش می‌یابد. به واقع، در این بخش از دنیا است که بیماری ایدز بیشترین رشد را داشته است. براساس گزارش سازمان ملل متحد، فدراسیون روسیه از نظر سرعت گسترش بیماری ایدز موردی کاملاً استثنائی است: تا ۹۰ درصد از موارد ردیابی شده، براساس گزارش‌های دولتی، ناشی از مصرف مواد مخدر قابل تزریق بوده است؛ پدیده‌ای که بیشتر از همه جوانان را مبتلا می‌سازد: ۸۰ درصد از بیماران جدید به ثبت رسیده در «جامعه کشورهای مستقل» (شوروی سابق) کمتر از ۲۹ سال سن دارند.

در فدراسیون روسیه، نزدیک به ۱۱,۰۰۰ مورد ابتلا به بیماری ایدز در سال ۱۹۹۸ ثبت شده که این رقم در میانه سال ۲۰۰۲ به ۲۰۰,۰۰۰ مورد رسیده بود. مقامات رسمی این افزایش استثنائی را معلول تزریق مواد مخدر می‌دانند. بررسی ویژه‌ای که در میان دانش‌آموزان دبیرستانی شهر مسکو به عمل آمده آشکار می‌سازد که حداقل ۴ درصد از آنها از تزریق وریدی مواد مخدر استفاده کرده‌اند.

افریقا: اطمینان کاذب

در برابر این افزایش چشمگیر ایدز در آسیا و اروپای شرقی، ثبات تعداد مبتلایان جدید به این

بیماری در افریقا به طرز کاذبی اطمینان بخش به نظر می‌رسد. ارقام مربوط به افراد آلوده به ویروس ایدز (۲۹/۴ میلیون نفر) و همچنین ارقام مرگ و میرهای ناشی از بیماری ایدز در سال ۲۰۰۲ (۲/۴ میلیون نفر) ابعاد کمی این فاجعه قاره افریقا را آشکار می‌سازد، ولی گرایشهای موجود در کشورهای مختلف منطقه را پنهان می‌دارد.

تلاشهای به عمل آمده برای پیشگیری از بیماری ایدز، بویژه در افریقای جنوبی و اتیوپی، موجب کاهش نسبی بیماری نزد زنان جوان شده است، و در سنگال و مالی، به عنوان مثال، میزان آلودگی ۱ تا ۲ درصد نزد زنان جوان همچنان پابرجاست. در عوض، در جنوب افریقا، بویژه در بوتسوانا، لوسوتر، سوازیلند و زیمبابوه، نسبت آلودگی به ویروس ایدز نزد بزرگسالان از ۳۰ درصد هم فراتر می‌رود.

براساس هشدار سازمان ملل متحد، چنانچه وضع بر همین روال پیش برود، در بیش از صد کشور کم‌درآمد یا میانه‌حال، رقم مبتلایان جدید به ایدز تا سال ۲۰۱۰ به بیش از ۴۵ میلیون نفر خواهد رسید که ۴۰ درصد آنها در آسیا و حوزه اقیانوس آرام خواهند بود. در مورد افریقا، استنباط گزارشگران سازمان ملل متحد این است که دنیا در برابر گردبادی که این کشورها را می‌روید به نظاره نشسته است. چشم بستن بر بیماری واگیرداری که در بعضی از پرجمعیت‌ترین مناطق کره زمین گسترش می‌یابد، پذیرفتنی نیست.

گزارش سالانه سازمان ملل متحد در مورد بیماری ایدز (۲۰۰۲)، ضمن تأکید بر نقش بیماری همه‌گیر ایدز در بحرانهای بشری، مبارزه همزمان با آنها را ضروری می‌شمارد و یادآور می‌شود که در برابر کشمکش‌های مسلحانه، در برابر نابودی محصولات کشاورزی یا در برابر فاجعه‌های طبیعی، استراتژی‌های سنتی سازگاری و تطابق‌یابی، به سبب ضعفهای ناشی از بیماری همه‌گیر ایدز، کارایی خود را از دست خواهند داد. نمونه برجسته این امر را می‌توان در بحران تغذیه افریقای جنوبی مشاهده کرد. در پایان سال ۲۰۰۲ برآورد شده بود که ۱۴/۴ میلیون نفر از مردم لوسوتو، مالاوی، موزامبیک، سوازیلند، زامبیا و زیمبابوه از قحطی و بی‌غذایی رنج می‌برند - شش کشوری که در آن منطقه بیشترین میزان آلودگی به بیماری ایدز را هم یدک می‌کنند. آیا تقارن این دو مصیبت تصادفی است؟ □