

نابرابری اقتصادی و تاثیرات آن بر سلامت و بهداشت با نگاهی به تجربه‌ی زن بلوچ طبقه‌ی کارگر حاشیه‌نشین

دکتر ونوشه بحرانی

«پزشکی یک علم اجتماعی است.»

رودولف ویرشو پدر پزشکی اجتماعی معتقد بود ناامنی اقتصادی و محرومیت سیاسی از طریق زنجیره‌ای پیچیده از علتها سبب مشکلات اجتماعی می‌شوند که بیماری، ناتوانی و مرگ زودرس را به دنبال خواهند داشت. او معتقد بود ثبات اقتصادی و مشارکت سیاسی طبقه‌ی فرودست برای سلامت آنها ضرورت دارد. از آنجا که ویرشو بیماری را ناشی از شرایط اجتماعی می‌دانست، تاکید داشت که پزشک باید آن شرایط را به عنوان قسمتی از بررسی‌های بالینی مورد مطالعه قرار دهد و کارکنان بهداشتی (کادر درمان) باید وارد فعالیتهای سیاسی شوند. می‌گفت: «پزشکی یک علم اجتماعی است و سیاست طبابت است در مقیاس بزرگ.»

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی، تندرستی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی است و نه صرفاً نبود بیماری و ناتوانی.

نابرابری اقتصادی یا نابرابری درآمد.

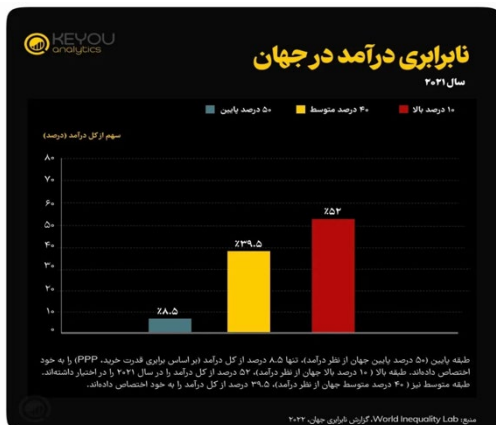
بر اساس کتاب کارسنج (the spirit level) که نتایج سی سال تحقیق گسترده نویسندگان درباره‌ی نابرابری درآمد و تاثیر آن در وجوه مختلف زندگی است، نابرابری درآمد تاثیری تعیین‌کننده بر پیامدهای اجتماعی و سلامتی دارد و کشورهایی که اختلاف درآمد بالاتری میان فقیر و غنی دارند، در مقایسه با مردم کشورهایی که برابری بیشتری دارند از گستره‌ی وسیعی از مشکلات سلامت و معضلات اجتماعی رنج می‌برند. بر اساس این مطالعات می‌توان گفت که افراد در جوامع نابرابرتر از سلامت کمتری برخوردارند. شاخص‌هایی که بررسی شده‌اند و نتایج آنها به این شرح است:

امید به زندگی در جوامع نابرابرتر کمتر است. در عوض مرگ و میر نوزادان ، بیماری‌های روانی ، سوء‌مصرف مواد مخدر، الکل و اعتیاد، چاقی و اضافه وزن ، نرخ کودک‌همسری ، بارداری نوجوانان و رفتارهای پرخطر جنسی در سنین پایین ، قتل و خودکشی و تعداد زندانیان در آن جوامع بیشتر است.

شواهد به دست آمده در پژوهش‌ها آن قدر زیاد و محکمند که به نظر می‌رسد رابطه‌ی میان نابرابری درآمدی با سلامت و مشکلات اجتماعی رابطه‌ای علی‌است. محتمل این رابطه کیفیت محیط اجتماعی است . کیفیت روابط اجتماعی همراه با تشدید نابرابری و سلسله مراتب در جامعه تحلیل می‌رود. (با بروز خشونت و خصومت بیشتر و از طرف دیگر اعتماد و مشارکت اجتماعی کمتر). منزلت اجتماعی پایین و وابستگی‌های اجتماعی ضعیف در زمره‌ی مهمترین عوامل خطری هستند که بر سلامت جمعیت‌های مدرن اثر می‌گذارند. از این رو می‌توان گفت که مشکل لزوماً درآمد پایین و فقر نیست بلکه آن‌چه مهمتر و تاثیرگذارتر است شکاف درآمدی است.

« جهان نابرابر است .»

بر اساس آمار منتشر شده سال ۲۰۲۲ ، ۵۰٪ پایین جهان از نظر درآمد تنها ۵/۸٪ از کل درآمد و ۱۰٪ بالای جهان ۵۲٪ از کل درآمد را در سال ۲۰۲۱ در اختیار داشتند. بر اساس همان آمار ، طبقه‌ی متوسط (۴۰٪ جمعیت از نظر درآمد) ، ۵/۳۹٪ از کل درآمد را به خود اختصاص دادند. از طرفی دیگر ۴۴٪ از ثروت کل خاورمیانه در اختیار ۱٪ از ثروتمندترین افراد این منطقه است.



در همین جهان نابرابر ، ایران یکی از نابرابرترین کشورهای جهان است. در این کشور ، ۱۰٪ بالای جامعه ۵۳٪ و ۵۰٪ پایین جامعه تنها ۱۳٪ کل درآمد جامعه را در اختیار دارند.

در این کشور به شدت نابرابر ، طبق آمارهای مرکز آمار ایران ، بیشترین ضریب جینی به ثبت رسیده در مناطق شهری استان‌های کشور با اختلاف به استان سیستان و بلوچستان تعلق دارد. این ضریب در آن استان در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ به ترتیب ۴۹۲۹/۰ و ۴۶۴۷/۰ بود که در زمره‌ی بالاترین نابرابری‌های درآمدی در کل جهان است.

خبرگزاری میارجل اخیرا به نقل از مدیر کل ثبت احوال استان سیستان و بلوچستان خبر داده بود که طول عمر مردم در این استان ۱۶ سال کمتر از میانگین کشوری است.

جدول زیر میانگین سن فوت‌شدگان در کشور را نشان می‌دهد.

استان	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲
آذربایجان شرقی	۶۳.۳	۶۳.۳	۶۴.۵	۶۵.۰	۶۶.۱	۶۶.۶	۶۷.۶	۶۸.۳	۶۸.۳	۶۹.۸	۶۹.۸	۶۹.۸	۶۹.۶
آذربایجان غربی	۶۲.۰	۶۲.۳	۶۳.۹	۶۳.۹	۶۴.۲	۶۵.۲	۶۵.۲	۶۶.۳	۶۶.۳	۶۷.۲	۶۷.۲	۶۷.۵	۶۷.۵
اردبیل	۶۳.۷	۶۳.۸	۶۴.۷	۶۴.۲	۶۵.۹	۶۶.۶	۶۷.۸	۶۸.۱	۶۸.۹	۶۸.۱	۶۸.۴	۶۷.۱	۶۷.۳
اصفهان	۶۵.۱	۶۳.۷	۶۴.۱	۶۶.۲	۶۷.۳	۶۸.۳	۶۹.۱	۶۹.۵	۶۹.۸	۷۱.۴	۷۰.۶	۶۹.۲	۶۹.۳
البرز	۶۴.۶	۶۴.۱	۶۴.۸	۶۵.۲	۶۴.۹	۶۶.۵	۶۷.۸	۶۷.۲	۶۸.۴	۶۷.۴	۶۷.۴	۶۷.۱	۶۷.۳
ایلام	۵۹.۷	۵۸.۶	۶۰.۴	۶۰.۲	۶۰.۶	۶۳.۵	۶۳.۰	۶۴.۷	۶۵.۱	۶۶.۶	۶۵.۸	۶۳.۵	۶۴.۵
بوشهر	۵۹.۶	۵۸.۷	۶۱.۰	۶۱.۳	۶۰.۸	۶۲.۲	۶۲.۲	۶۳.۲	۶۳.۸	۶۳.۷	۶۴.۸	۶۴.۲	۶۳.۳
تهران	۶۴.۷	۶۵.۱	۶۵.۷	۶۶.۲	۶۷.۲	۶۷.۹	۶۸.۱	۶۸.۴	۶۸.۵	۶۹.۵	۶۸.۸	۶۸.۷	۶۸.۶
چهارمحال و بختیاری	۵۸.۲	۵۸.۵	۶۰.۷	۶۱.۲	۶۲.۵	۶۲.۴	۶۳.۳	۶۵.۲	۶۶.۰	۶۶.۰	۶۷.۶	۶۶.۲	۶۵.۳
خراسان جنوبی	۶۳.۴	۶۳.۵	۶۴.۴	۶۵.۰	۶۵.۶	۶۷.۰	۶۸.۱	۶۷.۹	۶۸.۰	۷۰.۲	۶۹.۳	۶۶.۴	۶۵.۶
خراسان رضوی	۶۱.۶	۶۲.۷	۶۳.۸	۶۳.۹	۶۳.۷	۶۶.۶	۶۶.۹	۶۷.۹	۶۶.۱	۶۷.۹	۶۷.۱	۶۶.۲	۶۶.۱
خراسان شمالی	۶۱.۵	۵۸.۴	۶۱.۶	۶۱.۲	۶۲.۱	۶۲.۱	۶۳.۴	۶۵.۳	۶۵.۳	۶۶.۵	۶۶.۱	۶۴.۸	۶۴.۷
خوزستان	۵۸.۶	۵۹.۶	۵۹.۷	۶۰.۱	۶۱.۲	۶۱.۸	۶۱.۴	۶۲.۲	۶۲.۱	۶۳.۶	۶۳.۲	۶۲.۲	۶۱.۶
زنجان	۶۵.۴	۶۳.۴	۶۵.۳	۶۵.۴	۶۵.۶	۶۶.۰	۶۷.۰	۶۷.۵	۶۹.۰	۶۹.۲	۶۹.۳	۶۷.۸	۶۸.۳
سمنان	۶۷.۷	۶۶.۲	۶۶.۴	۶۶.۱	۶۶.۰	۶۶.۶	۶۶.۶	۶۶.۸	۶۶.۹	۷۱.۰	۷۰.۶	۷۰.۰	۶۹.۸
سیستان و بلوچستان	۴۸.۳	۴۷.۴	۴۷.۷	۴۶.۸	۴۷.۶	۴۶.۸	۴۶.۳	۴۶.۵	۴۸.۹	۵۱.۶	۵۲.۶	۴۹.۰	۵۰.۷
فارس	۶۱.۲	۶۲.۲	۶۳.۴	۶۰.۱	۶۱.۸	۶۳.۰	۶۳.۶	۶۵.۹	۶۶.۵	۶۸.۲	۶۷.۳	۶۶.۱	۶۶.۰
قزوین	۶۳.۴	۶۴.۰	۶۵.۴	۶۵.۰	۶۵.۴	۶۵.۹	۶۷.۰	۶۷.۲	۶۷.۷	۶۸.۱	۶۷.۹	۶۷.۷	۶۷.۴
قم	۶۳.۹	۶۴.۵	۶۶.۵	۶۵.۷	۶۵.۹	۶۶.۶	۶۷.۰	۶۸.۰	۶۸.۰	۶۷.۵	۶۷.۸	۶۷.۸	۶۶.۶
کermanshah	۶۲.۲	۶۲.۶	۶۳.۸	۶۳.۳	۶۴.۷	۶۵.۴	۶۶.۲	۶۶.۷	۶۷.۲	۶۸.۸	۶۸.۹	۶۶.۷	۶۶.۰
کردان	۶۳.۴	۶۲.۶	۶۴.۵	۶۳.۷	۶۴.۸	۶۴.۷	۶۴.۷	۶۴.۷	۶۴.۷	۶۴.۴	۶۵.۲	۶۵.۰	۶۴.۶
کرمانشاه	۵۹.۲	۵۸.۴	۶۱.۱	۶۰.۹	۶۲.۰	۶۳.۸	۶۴.۳	۶۴.۲	۶۴.۰	۶۶.۴	۶۵.۹	۶۴.۲	۶۴.۵
نیکلویه و وزیراحمد	۵۳.۷	۵۴.۹	۵۵.۳	۵۵.۹	۵۷.۷	۵۹.۴	۶۰.۴	۶۱.۶	۶۳.۸	۶۴.۴	۶۴.۹	۶۴.۹	۶۴.۷
کشور	۶۳.۴	۶۳.۵	۶۳.۴	۶۳.۵	۶۴.۲	۶۵.۰	۶۵.۴	۶۶.۱	۶۶.۳	۶۸.۰	۶۷.۳	۶۶.۲	۶۶.۳
گنجان	۶۰.۰	۵۹.۳	۶۰.۷	۶۰.۷	۶۱.۲	۶۱.۵	۶۰.۴	۶۱.۰	۶۱.۰	۶۳.۴	۶۳.۴	۶۳.۸	۶۳.۴
کشور	۶۲.۴	۶۲.۵	۶۳.۴	۶۳.۵	۶۴.۲	۶۵.۰	۶۵.۴	۶۶.۱	۶۶.۳	۶۸.۰	۶۷.۳	۶۶.۲	۶۶.۲
گنجان	۶۰.۰	۵۹.۳	۶۰.۷	۶۰.۷	۶۱.۲	۶۱.۵	۶۰.۴	۶۱.۰	۶۱.۰	۶۳.۴	۶۳.۴	۶۳.۸	۶۳.۴
گیلان	۶۷.۵	۶۷.۷	۶۸.۶	۶۸.۱	۶۹.۵	۷۰.۱	۷۰.۴	۷۰.۶	۷۱.۱	۷۱.۴	۷۰.۷	۷۰.۸	۷۱.۳
لرستان	۶۱.۵	۶۱.۴	۶۲.۷	۶۳.۵	۶۴.۹	۶۳.۹	۶۴.۴	۶۵.۲	۶۵.۱	۶۷.۲	۶۶.۶	۶۶.۹	۶۵.۱
مازندران	۶۵.۳	۶۵.۴	۶۵.۹	۶۶.۹	۶۷.۳	۶۷.۷	۶۸.۲	۶۸.۲	۶۸.۲	۷۰.۲	۶۹.۶	۶۹.۷	۷۰.۰
مرکزی	۶۶.۲	۶۵.۹	۶۷.۰	۶۷.۳	۶۷.۶	۶۸.۳	۶۸.۶	۶۹.۹	۶۹.۸	۷۱.۷	۷۰.۳	۶۸.۹	۶۹.۵
هرمزگان	۵۹.۹	۵۹.۰	۵۵.۳	۵۵.۳	۵۵.۲	۵۶.۹	۵۶.۲	۵۸.۳	۵۹.۵	۶۱.۹	۶۲.۱	۵۹.۶	۶۰.۴
همدان	۶۲.۵	۶۲.۹	۶۳.۳	۶۳.۶	۶۴.۶	۶۵.۳	۶۶.۳	۶۶.۵	۶۶.۳	۶۸.۹	۶۸.۷	۶۷.۰	۶۷.۱
یزد	۶۵.۷	۶۵.۵	۶۶.۷	۶۶.۴	۶۷.۶	۶۸.۴	۶۸.۲	۶۹.۰	۶۹.۳	۷۱.۲	۷۰.۳	۶۹.۳	۶۷.۹

این خبر و جدول شاهدهی بر ادعاها و آماری هستند که بیشتر از آنها صحبت شد.

مارتین لوتر کینگ : « از بین تمام اشکال نابرابری ، بی‌عدالتی در سلامت تکان‌دهنده‌ترین و غیرانسانی‌ترین است.»

سرانه‌ی پزشک به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت ، در کشورهای شمال جهان ۳۵ ، در منطقه‌ی خاورمیانه و ترکیه ۲۳ و در ایران ۸/۱۱ پزشک است. اما در همین شرایط ، توزیع در خود کشور هم نابرابر است ، به گونه‌ای که ۵۰٪ جمعیت کشور تنها به ۸/۳ پزشک به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت دسترسی دارند. اما این عدد در تهران مشابه کشورهای شمال جهان ۳۵ است . در تهران بیش از ۱۰ برابر استان سیستان و بلوچستان به پزشک دسترسی ممکن است.

طبق گزارش خبرگزاری فانا در مورد هزینه‌های درمان ، در ایران حدود ۶۵ تا ۷۰ درصد این هزینه‌ها بر عهده‌ی بیمار (بیماری که بیمه دارد) است ، در حالی که این رقم در جهان به طور متوسط ۱۸ درصد است. طبق آمار رسمی نزدیک به یک میلیون انسان بی‌شناسنامه در کشور زندگی می‌کنند که سهم سیستان و بلوچستان از این آمار عددی نزدیک به ۱۰۰ هزار نفر است. این افراد در مراجعه به مراکز بهداشتی و دولتی جزو اتباع خارجی حساب می‌شوند و علاوه بر این که از بیمه‌های درمانی محرومند ، طبق قانون ، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مجازند تا چندین برابر هزینه‌ی درمانی که از یک ایرانی دریافت می‌کنند را از آن‌ها مطالبه کنند.

در ادامه از مشاهدات شخصی‌ام در میدان (حاشیه زاهدان و روستاهای بلوچستان) درباره‌ی نابرابری اقتصادی و دسترسی بر وضعیت بهداشت و سلامت مردم نوشته‌ام .

تلنگ:

شهرستان قصرقند در جنوب استان سیستان و بلوچستان واقع شده است. این شهرستان بر اساس آخرین سرشماری (۱۳۹۵) حدود ۶۲ هزار نفر جمعیت دارد . شامل سه بخش مرکزی ، تلنگ و سارپوک است.

در مسافرت کاری ، اردیبهشت ماه ۱۴۰۳ به بخش تلنگ ، از مسئولان محلی در بخش بهداشت و درمان و آموزش و پرورش شرایط را جویا شدم . آماري که در زیر آورده شده است ، از قول آنها و مربوط به آن زمان است:

شهرستان قصرقند در مجموع ۶ پزشک عمومی مشغول به کار در مراکز بهداشتی_درمانی شهری و روستایی دارد . این شهرستان پزشک متخصص ، دندانپزشک ، بیمارستان و مطب خصوصی ندارد.

همچنین شهرستانهای زرآباد ، دشتیاری و سرباز در جنوب استان، بیمارستان ندارند. شهرستانهای راسک ، نیک‌شهر و کنارک بیمارستان‌های کوچک با فعالیت و امکانات محدود دارند.

بدین‌گونه ۷ شهرستان جنوب استان به علاوه‌ی چابهار ، یعنی حدود نیم‌میلیون جمعیت ، وابسته به خدمات یک بیمارستان دولتی ۲۳۰ تخت‌خوابی امام علی چابهار هستند. (تنها ۲۱۰ تخت بیمارستان فعال است .)

در چابهار ۵ متخصص داخلی ، ۵ متخصص اطفال، ۵ یا ۶ متخصص زنان ، ۴ جراح عمومی در حال طبابت بودند(هستند) . هیچ پزشک فوق تخصص و امکانات درمانی در حد فوق تخصصی وجود نداشت .

طبق آمار و اطلاعات منتشر شده به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در سطح کشور به طور متوسط ۲ تخت بیمارستانی وجود دارد که این شاخص در جنوب بلوچستان کمتر از ۴/۰ و یک‌پنجم کمتر از میانگین کشوری است.

بخش تلنگ شهرستان قصرقند :

بخش تلنگ یکی از سه بخش شهرستان قصرقند است که شامل ۷۲ روستا است و حدود ۲۰ هزار جمعیت دارد. این بخش بزرگ تنها یک مرکز بهداشتی_درمانی روستایی با یک پزشک عمومی طرحی دارد. مرکز جامع خدمات سلامت تلنگ (مرکز بهداشتی_درمانی) ساختمان مجزایی با نام تسهیلات زایمانی دارد که ۲ ماما در آن کار می‌کردند (اردیبهشت ۱۴۰۳) . آن‌ها شیفت‌های شبانه را تقسیم کرده بودند و هر یک پانزده شب در ماه شیفت بودند . همچنین هر دو در تمام روزهای اداری موظف به حضور و کار در آن مرکز هستند.

خوب است بدانیم سرانه‌ی جهانی ماما ، ۳۰ تا ۵۰ ماما به ازای هر ۱۰۰۰ زایمان است. جدا از کبود منابع انسانی ، این بخش تنها یک تخت ژنیکولوژی (مخصوص معاینه‌ی زنان و مدیریت و انجام مراحل پایانی

زایمان (دارد. همان یک تخت هم در زمان حضور ما شکسته و خراب بود. این بدان معناست که زائوی دوم باید روی تخت معاینه‌ی معمولی بخوابد و اگر زایمان سوم و چهارمی همزمان حضور داشته باشند؟!...



از یکی از بهورزهای محلی درباره‌ی ماماها‌ی سنتی جو‌یا شدم . می‌گفت در گذشته بودند اما نسل جدیدی تربیت نشده و نسل قدیم به دلیل کهولت سن یا مرگ به تدریج از میدان کار حذف شده‌اند .

علاوه بر تامین نیروی انسانی با حقوق و مزایای به حق و عادلانه ماماها‌ی تحصیلکرده در وضعیت کمبود این نیروها ، آموزش ماماها‌ی محلی ، آگاه کردن ، توانمند و مجهز کردن آنها همراه با نظارت دقیق و مستمر بر عملکردشان در مناطق روستایی و دورافتاده ، شاید راهی برای دسترسی بهتر زنان به خدمات زایمانی مناسب و بهداشتی و کاهش عوارض و مرگ و میر آنها در این مناطق باشد.

روستای کهن بالا ، بخش تلنگ ، شهرستان قصرقند

این روستا در فاصله‌ی ۵۰ کیلومتری مرکز دهستان و مرکز جامع خدمات سلامت قرار دارد. مسیر دسترسی به آن ، کوهستانی و صعب‌العبور با جاده‌ای غیراستاندارد و متناوباً آسفالت و خاکی است.

در روز حضور در آن‌جا پیرزنی با زخم پای عفونی ویزیت کردم. شناسنامه نداشت و تنها زندگی می‌کرد. ماه پیش در روستای مجاور ، سگ پایش را گاز گرفته بود و از آن‌جا که او توان مالی و طی مسیر را نداشت ، برای درمان به پزشک مراجعه نکرده بود. زخمها عفونت کرده بودند. لباسش را که کنار زد ، بوی عفونت

بی‌هوازی فضای اتاق را پر کرد. زخمها را برایش شستیم و دبرید کردیم . آنتی‌بیوتیک خوراکی به او تحویل داده شد . اما در واقع زخم‌های این زن نیاز به رسیدگی روزانه ، درمان تزریقی و شاید بستری داشت و این مقدر نبود.



حاشیه‌ی زاهدان

● تالاسمی ماژور

در محلات در جمعیت و وسیع حاشیه‌ای زاهدان (شیرآباد، همت‌آباد و حاجی‌آباد) تنها دو مرکز جامع خدمات سلامت وجود دارد. بنابراین دوری مسیر همراه با کمبود امکانات و منابع برای خدمات‌رسانی به تمام جمعیت تحت پوشش و پیگیری‌های لازم ، سبب قطع یا دریافت نامنظم درمان در بیماری‌های مزمن مانند دیابت ، فشار خون و بیماری‌های قلبی و یا عدم مراجعه یا مراجعه‌های ناکافی و نامنظم مادران باردار و کودکان زیر دو سال می‌شود . نتیجه‌ی این وضعیت ، عدم غربالگری و پایش دوران بارداری و پیش و پس از آن ، عدم مصرف مکمل‌های واجب دوران بارداری و شیردهی و کودک زیر دو سال ، فاصله‌گذاری‌های نامناسب بین بارداری‌ها ، انجام نشدن غربالگری‌های جنینی (با توجه به ممنوعیت آن) و عدم دسترسی به مشاوره

ژنتیک است که سبب افزایش بیماری‌های مادرزادی و اروی ، سقط و مرده‌زایی شده و بر سلامت جسمانی و روانی والدین هم اثر منفی می‌گذارد. یکی از شایعترین بیماری‌هایی که در تزییم به چهار سال گذشته در بلوچستان با آن مواجه شده‌ام، «تالاسمی» است. تالاسمی یک نوع کم‌خونی ارثی است . شدیدترین فرم آن نوع ماژور است که در نتیجه انتقال ژن از هر دو والد اتفاق می‌افتد. تالاسمی ماژور بیماری پر عارضه و نهایتاً کشنده است. بیشترین تعداد بیماران از نوع مینور هستند و تنها به مصرف مکمل خوراکی و انجام آزمایش‌های دوره‌ای نیازمندند. طبق آمارها ، حدود سه هزار و سیصد بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور در استان سیستان و بلوچستان وجود دارد . این استان رتبه‌ی نخست متولدین مبتلا به تالاسمی ماژور در کشور است. همزمان استان مازندران با شیوع بالای تالاسمی ، در سال ۱۳۹۸ ، خبر از به صفر رسیدن تولد نوزادان مبتلا به تالاسمی ماژور داد. راه اصلی پیشگیری از این بیماری، آگاهی‌بخش در سطح جامعه ، غربالگری و مشاوره پیش از ازدواج و هر بار بارداری است. این‌ها از خانه‌های بهداشت و مراکز جامع سلامت شروع می‌شوند. زوج‌های مبتلا به تالاسمی مینور و ناقل ژن ، لازم است با نظارت و پیگیری پرسنل واحدهای بهداشت خانواده و پیشگیری ، آموزش ببینند ، روش‌های پیشگیری از بارداری رایگان دریافت کنند ، پس از بارداری و در زنان مناسب غربالگری شوند و در صورتی که جنین مبتلا به تالاسمی ماژور باشد ، امکانات سقط ایمن رایگان برایشان فراهم باشد. با توجه به این مسائل باید پرسید علت تفاوت آماری دو استان یک کشور چیست ؟!

● سلیاک

از تجربه‌های کاری عجیب ، در بیش از سه سال و نیم گذشته در بلوچستان ، ویژگی تعداد زیادی بیمار مبتلا یا مشکوک به سلیاک است. چرا که در تمام سال‌های کاری و تحصیلی‌ام در خارج از این منطقه ، این اندازه با بیماری سلیاک و مبتلایانش مواجه نداشتم.

سلیاک یک بیماری خودایمن و ژنتیکی است که به طور غالب دستگاه گوارش را درگیر می‌کند . درمان قطعی ندارد . تنها باید برای پیشگیری از عوارضی چون کم‌خونی فقر آهن ، پوکی استخوان ، یائسگی زودرس ، سقط مکرر ، مشکلات کلیوی و کبدی و سرطان روده ، بیماری با حذف پروتئین گلوتن گندم کنترل شود. کاری بس دشوار ، چرا که در تولید بسیاری از مواد غذایی و حتی برخی داروها گلوتن به کار

می‌رود . در کنگره داخلی سال گذشته و در پنل لیاک ، از یکی از اساتیدی که روی اپیدمیولوژی بیماری کار می‌کند از شیوع سلیاک در ایران پرسیدم . جواب ایشان ، مشاهداتم را تایید کرد :

سیستان و بلوچستان از استان‌های با شیوع بالای سلیاک است.

برای تشخیص بیماری تست خونی و اندوسکوپی لازم است که برای بسیاری از ساکنان حاشیه‌ها و روستاها با توجه به عدم دسترسی و نبود امکانات یا پزشک متخصص یا فوق تخصص و هزینه‌ی بالا ، ناممکن است. نتیجه‌ی این وضعیت ، بروز بالای عوارض ناتوان کننده و مرگ و میر ناشی از سلیاک در سطح استان است.

● معلولیت

واقعیتی که مدام در مناطق حاشیه‌ای با آن برخورد می‌کنید ، تعداد زیاد افراد معلول جسمی و ذهنی است. در حالی که امروزه در دیگر مناطق کمتر و به ندرت با چنین مسائلی مواجه می‌شوید. این موضوعی اتفاقی نیست. چرا که بیماری‌های تشخیص داده نشده یا درمان نشده‌ی پدر و مادر ، تغذیه‌ی نامناسب ، بارداری‌های متعدد ، عدم دسترسی به مراقبت‌های بارداری و غربالگری ، سن بالا یا پایین ازدواج و بارداری ، حوادث و استرس‌های حاد و مزمن در طول زندگی و بارداری ، آلودگی‌های آب و غذا و محیط از علل این ناهنجاری‌ها هستند.

از جمله‌ی این ناهنجاریها شکاف کام و لب است که به وفور در بین بیماران یا در سطح شهر مشاهده کرده‌ام. عوامل متعددی در بروز این ناهنجاری‌ها نقش دارند: ژنتیک ، مواجه با بعضی داروها و سموم و کمبود برخی مواد و ریزمغذی‌ها مانند فولیک اسید.

● مادر بزرگ شیرخوار را آورده بود . محل سکونتشان در محله‌ی دیگر و دور از جایی بود که ما بیماران را ویزیت می‌کردیم . در گرمای تیرماه مسافت طولانی ، بچه به بغل پیاده آمده بود ، به امید آنکه «ما کاری کنیم» .



شیرخوار ، دختر یک ماهه با لب و بینی و کام شکافته و شکل نگرفته بود و واضحاً سوءتغذیه داشت . او حاصل حاملگی سوم مادری ۱۸ ساله بود که در ۱۳ سالگی با پسر دایی ۱۵ ساله‌اش ازدواج کرده بود. مادر مبتلا به بیماری اعصاب و روان و تشنج است . پیشتر تحت درمان دارویی بود اما اخیراً مصرف داروهایش را خودسرانه قطع کرده بود. پدر جوانی است ۲۰ ساله ، مبتلا به کم‌خونی ، فشار خون بالا. و تنگی نفس که پیکری و درمان نشده است. آنها هیچ کدام مدارک هویتی و در نتیجه بیمه‌ی درمانی ندارند. هزینه‌های پزشکی بالاست و مانند بسیاری دیگر در این وضعیت اقتصادی ، اگر پای مرگ در میان نباشد ، اولویتشان صرف اندک درآمد برای خورد و خوراک است. بارداری اول مادر ، در همان سال اول ازدواج اتفاق افتاد که به دلیل ناهنجاری‌های جنینی از دست رفت . حاملگی دوم در کمتر از یک سال از اولی پیش آمد که حاصلش دختری دو ساله و به ظاهر سالم است. این زن مانند بسیاری دیگر چون او ، هرگز پیش و در زمان بارداری از خدمات لازم مانند مشاوره‌ی پیش از ازدواج ، آزمایش‌ها و معاینات پیش و در زمان بارداری ، تعدیل یا تغییر داروهای مصرفی یا مصرف مکمل‌ها برخوردار نبود. پس از ویزیت کودک ، برای اصلاح ناهنجاری ، هماهنگی‌های لازم انجام و وقت جراحی تعیین شد. دوهفته بعد و پیش از اولین جراحی اصلاحی ، شیرخوار ، بیمار و چند روزی به علت اسهال و استفراغ در بیمارستان بستری شد. در روزهای پس از ترخیص به دلیل

گرمزادگی ناشی از نبودن وسایل سرمایشی در خانه دوباره بدحال شد و از کم‌آبی ، تشدید سوءتغذیه و گرمزادگی ، یک روز پیش از نوبت جراحی از دنیا رفت.

این کودک نباید با این ناهنجاری‌ها و در این شرایط زیستی به دنیا می‌آمد.

۱. از یک کودک_مادر بیمار ،
۲. از پدر و مادری با نسبت فامیلی و بدون انجام مشاوره ژنتیک
۳. بدون فاصله‌گذاری مناسب بین بارداری‌ها
۴. بدون تغییر یا تعدیل داروهای مصرفی
۵. بدون مراقبت‌های پیش و در حین بارداری یا انجام غربالگری جنینی (که ممنوع شده است).

این کودک نباید می‌مرد:

از گرمزادگی ، اسهال و کم‌آبی.

مثال‌هایی از بی‌عدالتی در دسترسی به درمان

- سال گذشته زنی نزد آمد با توده‌های متعدد سفت و چسبنده و بزرگ گردنی که با شک به بدخیمی ارجاع شد و در بررسی‌ها تشخیص تایید شد. تامین و پرداخت هزینه‌های درمان از توان او خارج بود و او از آن بازماند.

ماه بعد زنی دیگر با شرایط مشابه مراجعه کرد و من در دوراهی اخلاقی ارجاع و یا اجازه دادن به در آرامش و ناآگاهی سپری کردن باقی عمر مانده بودم. چرا که او نیز چون بیمار قبلی توان تامین هزینه‌های درمانی را نداشت.

- پیرزن با درد شدید کمر و پا و ناتوان از راه رفتن و با عصا و به سختی نزد آمد. پهلویش را نشانم داد. ده‌ها جای اسکار سوختگی روی پوست پهلویش بود.



آن اسکارها ، اثر یک درمان سنتی بلوچی است. محل درد را با یک فلز گرد داغ می‌سوزانند. احتمالاً با این توجه که منشا درد سوزاننده شود. او بارها برای کاهش درد از این روش سنتی استفاده کرده بود و بهبودی حاصل نشده بود . اما به دلیل نداشتن هزینه‌ی رفت و آمد ، ویزیت پزشک و تهیه‌ی دارو از مراجعه به پزشک و درمان اصولی و علمی بازمانده بود.

- تابستان گذشته زنی فاقد شناسنامه ، دو ماه پس از زایمان فرزند چهارم با توده‌ی شکمی بزرگی به من مراجعه کرد.



به او گفته شده بود توده در رحم است و حاملگی و زایمان طبیعی خطر پارگی رحم و مرگ دارد. اوبه دلیل هزینه‌ی بالای بستری و جراحی سزارین ، نه تنها سزارین نشده بود بلکه حتی برای انجام زایمان طبیعی هم نتوانسته بود در بیمارستان و زیر نظر پزشک و با امکانات لازم زایمان کند.

● سه سال پیش در مرکز جامع خدمات سلامت روستایی یکی از روستاهای توابع کنارک زنی ۲۰ ساله مراجعه کرد.

او مادر سه کودک ۵ ساله ، ۳ ساله و ۴ ماهه بود. همسرش ۲۳ ساله و کارگر یک تولیدی یراق‌دوزی در بازار چابهار بود. آنها شناسنامه داشتند و یارانه می‌گرفتند. درآمد ماهیانه‌ی خانواده با یارانه بین ۵/۱ تا ۲ میلیون تومان بود. در سبد غذایی خانواده گوشت قرمز و لبنیات هرگز وجود نداشت و گوشت مرغ ، ماهی یک‌بار و ماهی ، هفته‌ای یک‌بار مصرف می‌شد . ناهار و شام اغلب نان و چای بود. آن زن واضحاً کم‌خون بود که در برگه‌ی آزمایشی که همراه داشت هم تایید شد. از من خواست برایش داروی جلوگیری از بارداری تجویز کنم . می‌گفت زود باردار می‌شود. آنجا مرکز بهداشتی_درمانی بود. در زمان طرح دوره‌ی عمومی من ، سال‌های ۸۷-۸۸ ، انواع روش‌ها و داروهای جلوگیری از بارداری رایگان و گاه به اصرار به مراجعه‌کننده‌ها ارائه می‌شد . اما از سه سال پیش در راستای اجرای ماده‌ی ۵۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت ، توزیع رایگان یا یارانه‌ای و یا کارگذاری اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و یا تشویق به استفاده از آن‌ها در شبکه‌های بهداشت ممنوع شده و ارائه‌ی داروها یا کارگذاری این اقلام در داروخانه یا مراکز بهداشتی باید با تجویز و دستور پزشک باشد. بدین ترتیب پزشکان مراکز دولتی از تجویز آنها به دلیل برخوردهای قانونی خودداری می‌کنند . از آنجا که برای طبقات و قشرهای پایین و کم‌درآمد مراجع مکرر به مراکز و مطب‌های خصوصی ممکن نیست ، آنها از فاصله‌گذاری مناسب بین بارداری‌ها و کنترل تعداد فرزندان محروم می‌شوند. این وضعیت علاوه بر فشار اقتصادی به خانواده ، سلامت زنان را با بارداری و سقط‌های مکرر و با فاصله‌ی کم به خطر می‌اندازد.

بهداشت دهان و دندان

نزدیک به تمام مراجعه‌کنندگان زن در مناطق روستایی و حاشیه‌ای بلوچستان مشکل بهداشت دهان و دندان دارند. به دلیل نداشتن هزینه‌ی مراجعه به دندانپزشکی، حتی برای کشیدن دندان پوسیده، دندان‌هایشان اغلب پوسیده و خراب است، گاه تاج دندان می‌شکند و ریشه‌های خراب باقیمانده در لثه ملتهب و عفونی می‌شود. علت، نوع تغذیه‌ی بی‌کیفیت، کمبود املاح و ریزمغذی‌ها، کیفیت بد آب، مشکلات گوارشی و نداشتن هزینه‌ی تهیه‌ی خمیردندان و مسواک است. این وضعیت، مصرف همان مقدار کم و بی‌کیفیت غذا را هم تحت‌تاثیر قرار می‌دهد.



اولویت پایین زنان در خانواده

زنان به واسطه‌ی فقر خانواده اغلب در اولویت‌های پایینتر درمانی و حتی گاه تغذیه‌ای هستند. چرا که حداقل درآمد خانواده باید صرف تهیه غذا، آب و گاه سوخت، برای زنده بودن و با اولویت آسیب‌پذیرترین افراد خانواده شود.

- یکی از مراجعه‌کنندگان زنی ۳۷ ساله بود، مادر ۶ فرزند. همسرش کارگر روزمزد است.

آنها شناسنامه ندارند. زن درد تیپیک قلبی، تپش قلب و سابقه‌ی فشار خون بالا داشت. افسرده و به شدت مضطرب بود. به او توصیه اکید کردم که هر چه زودتر به پزشک متخصص قلب مراجعه کند. پرسید: «اگر

شوهرم مرا نبرد چه؟» و در پاسخ سوال من که چرا نبرد، جواب داد: «می‌گویند هزینه‌ی آزمایش و دکتر را ندارم.»

● یکی دیگر از مراجعه‌کنندگان، زنی ۲۸ ساله بود، مادر ۵ فرزند. آنها هم شناسنامه ندارند.

کوچکترین فرزند خانواده دختری ۵ ساله و نابینا است. علت نابینایی عفونت حین بارداری و داخل رحمی بود که به دلیل نداشتن هزینه، پیگیری و درمان نشده بود و منجر به نابینایی مادرزادی شده بود. زن کم‌خونی و کمبود ریزمغزی‌ها داشت. روزی تنها یک وعده و آن هم شام می‌خورد. علتش را که جویا شدم پاسخ داد: «غذا کم می‌آید.»

● مراجعه‌کننده زنی ۳ ساله و مادر ۴ فرزند بود. همسرش کارگر از کارافتاده بود. شناسنامه داشتند و یارانه می‌گرفتند. در آذر ماه ۱۴۰۲، درآمد آنها از محل یارانه یک میلیون و نهصد هزار تومان بود.

ریز مخارجشان را پرسیدم و ثبت کردم. طبق گفته‌های آن زن:

۳۰۰ هزار تومان برای مصرف نان

۲۰۰ هزار تومان برای خرید آب آشامیدنی

یک میلیون و پنجاه هزار تومان برای خرید ۵ کیلوگرم روغن، چای، شامپو، مایع ظرفشویی، پودر لباسشویی و سفیدکننده، نمک، کبریت، و ادویه.

باقیمانده شامل ۱۵۰ هزار تومان را خرج خرید یک عدد مرغ در ماه می‌کنند.

پول یارانه ۵-۶ روزه تمام می‌شود و خرج بقیه ماه بر دوش دو پسر ۱۰ و ۱۲ ساله‌ی خانواده است که در روزهای تعطیلی مدرسه؛ پنج‌شنبه و جمعه، ضایعات خشک جمع می‌کنند و می‌فروشند.

وعده‌های غذایی خانواده شامل صبحانه اغلب چای شیرین و نان و شام، سیب‌زمینی، گوجه‌فرنگی، حبوبات و گاهی هم چای شیرین و نان است. برای نمونه از محتوای شام شب‌های قبل پرسیدم. شب پیش، سیب‌زمین آب‌پز و دو شب قبل پاچه بود. درباره‌ی پاچه توضیح داد: «پریشب بچه‌ها دلشان غذای گوشتی می‌خواست. رفتم بازار مشترک. (این قیمت را آهسته و با خنده‌ای تلخ و خجالت گفت.) از مغازه پاچه گرفتم، گدایی کردم...» و اضافه کرد: «خودم چیز خاصی نمی‌خورن. بچه‌ها مهم‌ترند...»



احشا مرغ ، برای شام بچه‌ها قرار بود پخته شود . خانه‌ی یکی از خانواده‌های ساکن غریب‌آباد، حاشیه‌ی زاهدان.

آب

تهیه‌ی آب برای مردم در مناطق حاشیه‌ای سخت و پر هزینه است. برای نمونه مردم زاهدان آب آشامیدنی را باید بخرند چرا که آب لوله‌کشی زاهدان غیر قابل آشامیدن است اما از آنجا که بسیاری از خانه‌ها در مناطق حاشیه‌ای بدون مجوز ساخته شده‌اند از لوله‌کشی آب شهری بی‌بهره‌اند. بعضی در خانه‌هایشان چاه خفر می‌کنند که با عمق کم به آب می‌رسد. به گمان من با توجه به اقلیم خشک زاهدان و کمبود آب‌های زیرزمینی ، این آب‌ها اگر فاضلاب نباشند بی‌گمان آلوده‌اند. باقی مردم آب شستشو را مانند آب آشامیدن از جایی تهیه می‌کنند. آلودگی آب‌های شستشو چنانکه در عکس‌ها می‌بینید سبب بیماری‌های مختلف از جمله بیماری‌های عفونب زنان و پوست می‌شود.



آب‌های خریداری شده را اغلب زنان یا کودکان در گالن‌های ۲۰ لیتری یا بیشتر تا خانه حمل می‌کنند. حمل این بارهای سنگین سبب مشکلات و دردهای عضلانی اسکلتی می‌شوند.



تابستان گذشته ، یکی از زنان مراجعه‌کننده ، در زمان حمل دو گالن بیست‌لیتری در سربالایی تپه‌ی منتهی به خانه‌اش ، نتوانسته بود تعادلش را حفظ کند و از تپه پایین افتاده بود. کمرش آسیب دیده بود و درد شدیدی داشت که سبب ناتوانی در امور روزانه و خواب شبانه‌اش شده بود. اما به دلیل هزینه‌های بالای رفت و آمد به مطب پزشک و مراحل تشخیصی و درمانی ، از درمان بازمانده بود.

علاوه بر این‌ها آب آشامیدنی بی‌کیفیت در کنار تغذیه‌ی نامناسب سبب بیماری‌های گوارشی و افزایش شیوع سنگ کلیه است.

استان سیستان و بلوچستان در صدر جدول شیوع سنگ کلیه در کشور است. اغلب مراجعه‌کنندگان دردهای با منشا کلیه و مجاری ادراری و گاه دفع خون را بیان می‌کنند و یا سونوگرافی با گزارش سنگ کلیه دارند. سنگ کلیه در صورتی که پیشگیری و درمان نشود گاه می‌تواند عوارض زیاد و جدی به جای گذارد.



در عکس‌ها سنگ کلیه یک مرد پیر از مراجعه‌کنندگان را می‌بینید.

بهداشت محیط و شوینده‌ها

در تصویر آب راکد مخلوط با فاضلاب شهری در فاصله‌ی ۲ متری خانه‌ها در انتهای محله‌ی دایبی‌آباد را می‌بینید. بچه‌ها در آن بازی می‌کنند و در فصول گرم محل تخم‌ریزی حشرات و کرم‌ها و دوزیستان است. آب‌هلی راکد آلوده می‌تواند منبع انتشار عفونت‌هایی چون مالاریا باشند. استان سیستان و بلوچستان به خصوص جنوب آن، منطقه‌ی اندمیک مالاریا است.



سال گذشته خبرگزاری میارجل به نقل از معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان خبر داد که شمار مبتلایان به بیماری مالاریا در استان سیستان و بلوچستان رو به افزایش انفجاری است.

در تصویر دیگر زباله‌های شهری را می‌بینید که به صورت گسترده در تمام حاشیه‌ی شهرها وجود دارد و به درستی جمع‌آوری نمی‌شود.



در همین وضعیت نامناسب بهداشتی ، تهیه شوینده اغلب برای مردم حاشیه‌نشین پرهزینه و گاه ناممکن است.

تابستان گذشته مراجعه‌کننده‌ای داشتم ؛ زنی میانسال . در میانه‌ی ملاقات گفت در مدفوعش کرم می‌بیند و اضافه کرد یک‌بار دیگر با همین شکایت نزد آمده و با داروی تجویزی خوب شده بود.اما دوباره مبتلا شده است . توضیح دادم که باید پس از اجابت مزاج و پیش از غذا خوردن دستهایش را با آب و صابون بشوید . پاسخ داد که این‌ها را می‌داند اما پول تهیه شوینده را ندارد.

برق و روشنایی

به مانند مساله‌ی آب، برق هم در مناطق حاشیه‌ای معضل بزرگی است چرا که خانه‌های بی‌مجوز از داشتن برق شهری محرومند. مردم خود سیم برقی از تیر چراغ برق به خانه‌هایشان می‌کشند یا از همسایه‌ای که برق دارد می‌خرند. این سیم برق به سختی لامپ کم‌سوئی را روشن می‌کند و نه بیشتر. پس اگر یخچالی هم داشته باشند بی‌مصرف می‌ماند.



بسیاری از زنان بلوچ حاشیه‌نشین پس از فراغت از کارهای سخت روزانه، ساعت‌های عصر و شب، در زیر همین چراغ‌های کم‌سو به کارهای دستی ظریفی چون سوزن‌دوزی مشغولند که بینایی‌شان را متاثر می‌کند. نوع نشست‌شان هم فشار زیادی به کمر، گردن و زانوهایشان می‌آورد و سبب آسیب ستون فقرات و مفاصلشان می‌شود.

کمرگل را دو سال پیش دیدم . زنی ۳۵ساله ، نان آور خانواده که پُل درست می کرد. پُل رشته‌ای است که به عنوان بند شلوار بلوچی استفاده می شود. آن زمان دانه‌ای ۷ هزار تومان به فروش می رفت. اما بینایی کمرگل چنان ضعیف شده بود که روزی یک دانه هم نمی توانست بسازد. او هزینه‌ی ویزیت پزشک و تهیه‌ی عینک را نداشت.

سوخت

وسایل گرمایشی مردم در این مناطق اغلب بخاری است. ۲۰۰ لیتر بدون کارت سوخت برای کسی که شناسنامه ندارد ۴ تا ۵ میلیون هزینه دارد که همین هم این روزها سخت گیر می آید. ۲۰ بیتر میزان مصرف ۱۰ شب در فصل سرد است.

عکس در خانه‌ای است که زمانی پیرزنی تنها در آن زندگی می کرد. از همان افراد بی شناسنامه . او توان خرید نفت نداشت . دو سال پی ، صبح پس از شبی سرد ، او را مرده یافتند. پیرزن از سرما یخ زده بود.



مادر و دو فرزند ۹ و ۱۳ ساله اش ، ساکنان اتاقی محقر در حاشیه‌ی زاهدان هستند. بخاری نفتی دارند اما نفت یافت نمی شود. شبی بسیار سرد در میانه‌ی آذر گذشته ، مادر چند تکه چوب را در یک پیت حلبی آتش زد و داخل اتاق گذاشت. می گفت مجبور شدن ، دندانهایمان از سرما به هم می خورد.

صبح زود ، همسایه برای کاری به در خانه‌ی آنها رفته بود. هر چقدر در زده بود جوابی نشنیده بود . در را به زور باز کرده بودند و سه نفرشان را بیهوش یافته بودند. شب آنها را در خانه‌شان ملاقات کردم . هنوز علایم مسمومیت با گاز داشتند. آنها به دلیل نداشتن هزینه رفت و آمد و بیمارستان ، برای درمان مراجعه نکرده بودند.



نتیجه گیری

« حرفه‌ی پزشکی رفته رفته ما را به حوزه‌ی اجتماعی (می)کشاند و در موضع رویارویی مستقیم با مشکلات عمده‌ی زمانه قرار می‌دهد...»

واضح بگویم ، مساله دیگر درمان یک بیمار مبتلا به تیفوس یا آن بیمار دیگر با دارو و یا بهبود تغذیه و مسکن و لباس نیست. وظیفه‌ی ما این زمان مبتنی بر به‌روزی یک ونیم میلیون نفر از هم‌وطنانمان است. داروهای تسکین دهنده دیگر برای یک‌ونیم میلیون نفر اثری ندارد. اگر می‌خواهیم اقدامات اصلاحی انجام دهیم باید*رادیکال* باشیم. «

این قسمتی از گزارش رودولف ویرشو پزشک پاتولوژیست و بعدها پدر پزشکی اجتماعی از همه‌گیری تیفوس است. در اواخر سال ۱۸۴۸ بیماری تیفوس در سیلزای علیا منطقه‌ی فقیرنشین با اقلیت بزرگ

لهستانی‌زبان در پروس شیوع یافت. با شروع سال ۱۸۴۸، هزاران نفر کشته شدند و همزمان قحطی، مشکلات را پیچیده‌تر کرد. ویرشو سفر میدانی کوتاه و فشرده به آنجا داشت.

با اشاره به وضعیتی که گوشه‌هایی از آن را کوتاه به تصویر کشیدم می‌توان ادعا کرد که قرار دادن مردم و به خصوص زنان در چنین شرایطی _این‌گونه تلاش سخت و طاقت فرسای تحمیلی برای تامین حداقل‌های بی کیفیت برای زنده ماندن، همزمان با فشار کارهای سخت خانگی، زایمان‌ها و شیردهی‌های مکرر بدون فاصله‌گذاری مناسب، تحمل داشتن فرزندان معلول و نگهداری از آنها، بدون دسترسی مناسب به خدمات پزشکی، بهداشتی، غذای سالم با کیفیت روزانه، بدون دسترسی آسان به آب آشامیدنی و شستشوی مناسب و سالم، بدون برق و لوازم برقی، با خانه‌های غیراستاندارد بدون وسایل گرمایشی و سرمایشی مناسب و در محله‌های آلوده _ در واقع تحمیل سیستماتیک خشونت روزمره‌ای است که تحت مدیریت یک حاکمیت ملی برقرار کننده‌ی عدالت اجتماعی اقتصادی نیستند.

سخن را با منتخبی از یک بند کتاب کاپیتال مارکس به پایان می‌برم، آنجا که به گزارش دکتر سیمون (گزارش کلی بهداشت عمومی سال ۱۸۶۳) استناد می‌کند:

مردم محرومیت از غذا را به اکراه تحمل می‌کنند. به عنوان یک قاعده، فقر شدید غذایی به دنبال محرومیت‌های دیگر اتفاق می‌افتد. پیش از گرسنگی هرگونه راحتی مادی از کانون خانواده رخت بر بسته است. پوشاک و سوخت از غذا هم ناچیزتر است. فضای مسکونی تنگ و شلوغی اش موجب بیماری است. پاکیزگی هزینه بر و دشوار است و خانه در محله‌ای است با کمترین مراقبت‌های بهداشتی، کمترین میزان فاضلاب، جمع‌آوری زباله، آب جاری و نور و هوا. اینهاست آن خطرات بهداشتی که اگر فقر به درجه فقر غذایی برسد اجتناب ناپذیر می‌شود.

اینان اندیشه‌های دردناکی هستند به ویژه هنگامی که به یاد آوریم که این فقر ناشی از تنبلی و بطالت نیست.

این فقر مردمان کارگر است.

