

## پیشگفتار مترجمان

این اثر، دستاورد حدود سی سال تحقیق نویسندگان آن است که به یکی از اساسی‌ترین مفاهیم در تاریخ مطالعات اقتصادی- اجتماعی می‌پردازد به «نابرابری» و تأثیر آن بر شئون مختلف زندگی، به ویژه سلامت. این نوشته، نشان می‌دهد که چگونه نابرابری هم بر زندگی افراد با سطح درآمد بالا و هم بر زندگی افراد طبقات پایین اقتصادی- اجتماعی، تأثیرات منفی می‌گذارد.

کتاب پیش رو، که انتشارات آلن لین و پنگوئن در سال 2009 میلادی برای نخستین بار آن را به زبان انگلیسی منتشر کرده است، تألیف دو استاد و نویسنده سرشناس انگلیسی است؛ ریچارد ویلکینسون محقق برجسته حوزه مطالعات بین‌المللی در زمینه نابرابری و تعیین‌کنندگان اجتماعی سلامت است، وی دارای آثاری است که تا این لحظه به بیش از 10 زبان دنیا ترجمه شده است. او دانش‌آموخته تاریخ اقتصاد در دانشگاه اقتصادی لندن، استاد دانشگاه پزشکی ناتینگهام و استاد افتخاری کالج دانشگاهی لندن است؛ کیت پیکت، همکار او، دانش‌آموخته انسان‌شناسی جسمانی و علوم تغذیه در دانشگاههای کمبریج، برکلی و استاد دانشگاههای یورک و شیکاگو است.

دستاوردهای بسیاری از پژوهشهای متأخر در زمینه توزیع درآمد در جوامع و نیز داده‌های مربوط به مسائل اجتماعی و بهداشتی در جوامع امروز، مؤلفان این کتاب را قادر ساخته است تا تحلیلها و نتایجی را ارائه دهند که تاکنون در عرصه مطالعات حوزه نابرابریهای اقتصادی- اجتماعی بی‌سابقه بوده است. به اعتقاد منتقدان علمی، این کتاب فراتر از اثری جدید در زمینه مؤلفه‌ها یا تعیین‌کنندگان اجتماعی سلامت است. این کتاب را می‌توان اثری در زمره ادبیات میان‌رشته‌ای به حساب آورد که مباحث رشته جامعه‌شناسی را در کنار اقتصاد، پزشکی، بهداشت، جمعیت‌شناسی، پزشکی اجتماعی و سیاست قرار می‌دهد. این کتاب تأثیر پدیده نابرابری و شدت و ضعف آن را بر مسائلی مانند امید به زندگی، گسترش سوء مصرف مواد، گسترش چاقی و بیماریهای مرتبط، گسترش رفتارهای نابهنجار و جرایم، افت تحصیلی، افزایش خشونت، و انواع محرومیتها و ناخرسندیها، با ارجاع به آمار عینی و نتایج تحقیقات در سطح کشورهای غربی و جهان مرفه و ثروتمند، مورد بررسی قرار می‌دهد. با ارجاع به آمارهای موجود در مورد کشورهایی با میزان بالای نابرابری، مانند ایالات متحد، و کشورهایی با سطوح پایین‌تر نابرابری، مانند نروژ و سوئد، و با استفاده از شیوه‌های تحلیل آماری و یافته‌های عینی نشان داده می‌شود که چگونه متغیرهای اجتماعی مانند «اعتماد» در شرایط حاکمیت سطوح متفاوت بی‌عدالتی یا نابرابری در درآمد، به شکلی ناهمسان، بر مشکلات اجتماعی، نظیر افزایش جرایم و مجرمان، یا بر افزایش امید به زندگی یا کاهش بیماریهای روانی تأثیرگذار است.

اطلاعات و داده‌های این کتاب مبنایی برای مقایسه شرایط زندگی جوامع مختلف است. تفاوتهایی که آشکار می‌شوند، حتی در مقایسه میان کشورهای ثروتمند و دموکراسیهای امروزی، تکان‌دهنده‌اند. تقریباً همه مسائل اجتماعی و محیطی، از قبیل بیماری، خشونت، مصرف مواد مخدر، چاقی مفرط، بیماریهای روانی، ساعات کار طولانی، زندانهای انبوه، و نظایر آن، در جوامعی شکل می‌گیرند که نابرابری در آنها بیشتر است. این کتاب تا آنجا پیش می‌رود که تناقض میان موفقیت‌های مادی و سقوط اجتماعی را در میان جوامع مدرن آشکار می‌سازد، اما فقط به تشخیص بیماریهای گریبانگر جامعه بسنده نمی‌کند، بلکه به این نیز می‌پردازد که چگونه می‌توان تعادل را از حالت مصرف‌گرایی خود- محورانه به سوی جامعه مشارکت‌جو و متمایل به دوستی هدایت کرد. در این کتاب، راه

حلقه‌ها و چاره‌جویی‌هایی برای خروج از بن‌بست مسائل اجتماعی و محیطی‌ای که جهان ما را درگیر کرده پیشنهاد شده، و رویکرد نوینی فراروی خواننده قرار گرفته است که می‌تواند به طور مؤثری «کیفیت زندگی واقعی» را، نه فقط برای تهیدستان بلکه برای همگان، ارتقا بخشد. در عین حال، این کتابی است که امیدهایی را برای تجدید حیات سیاسی و نیل به شیوه تفکر نوین برای سازمان‌دهی اجتماعات انسانی به بار می‌آورد. پیام اصلی نویسندگان این کتاب این است که گسترش برابری، به‌ویژه در رابطه با درآمد، می‌تواند مبانی عینی و مادی را برای شکل‌گیری روابط اجتماعی بهتر فراهم سازد و ظهور جامعه‌ای نوین و انسانی‌تر را نوید دهد. نهایت اینکه، این کتاب چشم‌اندازی نو به سوی مطالعه شیوه‌های اداره جامعه و بهبود روابط حیاتی و ساختاری گروه‌های موجود در آن می‌گشاید.

مترجمان مطالعه آن را به مدیران ارشد جامعه، به اندیشمندان، و به دانشگاهیان محترم، مسئولان و سیاستگذاران جامعه، پژوهشگران حوزه‌های علوم اجتماعی، اقتصادی، پزشکی، بهداشت، و سلامت، و به همه کسانی که دغدغه پی‌ریزی مبنایی برای زندگی بهتر اجتماعی را دارند توصیه می‌کنند.

پیدایش جامعه‌شناسی پزشکی در غرب سابقه‌ای طولانی دارد که شکل‌گیری و قوام نظری‌اش با ارجاع به مفاهیم کلیدی همچون «نقش بیمار» و «نقش حرفه‌ای پزشک» تبادشناسی می‌شود، مفاهیمی که در دیدگاه کارکردگرایانه تالکوت پارسونز، جامعه‌شناس شاخص امریکایی، و کتاب او تحت عنوان *نظام اجتماعی* (1951) مطرح شده است؛ با این حال، این حوزه در ایران همچنان حوزه‌ای نسبتاً جوان تلقی می‌شود. نخستین کلاس جامعه‌شناسی پزشکی در ایران در سال 1348 توسط استاد بزرگوار و گرامی، جناب آقای دکتر منوچهر محسنی در دانشکده پزشکی دانشگاه تهران تشکیل شد و سپس در اوایل دهه 1350 تدریس آن در دانشکده نوین‌یاد علوم اجتماعی رونق یافت. نخستین کتاب در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی را نیز دکتر منوچهر محسنی در سال 1353 نگاشت. این کتاب مشتمل بر مباحث نظری بود؛ سپس به تدریج در چاپ‌های بعدی کتاب، یافته‌های پژوهشی دکتر محسنی نیز به آن افزوده شد و این نخستین گام در تولید ادبیات نظری و تجربی در این حوزه جامعه‌شناسی بود. در مقدمه‌ای که ایشان در سال 1376 بر چاپ پنجم کتاب خود نگاشته‌اند، بر «چندبعدی بودن» (میان‌رشته‌ای بودن) جامعه‌شناسی پزشکی تأکید ورزیده‌اند؛ به این ترتیب که محتوای این کتاب برای دانشجویان رشته‌های علوم اجتماعی، روان‌شناسی، بهداشت، پزشکی و سایر علوم مرتبط با پزشکی و بهداشت کاربرد دارد. همین ماهیت چندبعدی یا میان‌رشته‌ای بودن این حوزه باعث گردید که تحقیقات در عرصه سلامت و پزشکی با تأکید بر عوامل اجتماعی و فرهنگی امروزه نه تنها توسط علمای علوم اجتماعی، بلکه به ویژه توسط عالمان و محققان علوم پزشکی و بهداشتی و نیز جمعیتی و اقتصادی گسترش یابد و حتی سازمان‌های بین‌المللی و جهانی، از جمله سازمان جهانی بهداشت، به مطالعاتی از این دست حساسیت مثبت زیادی نشان دهند. این امر موجب شده است که آثار مکتوب در حوزه‌هایی مرتبط، نظیر جامعه‌شناسی سلامت، جامعه‌شناسی بیماری، جامعه‌شناسی بدن، و جامعه‌شناسی عواطف، در کنار دیگر رشته‌های مرتبط، نظیر اقتصاد بهداشت، انسان‌شناسی سلامت و پزشکی، روان‌شناسی سلامت، جمعیت‌شناسی سلامت، ارتباطات سلامت و نظایر آن، چه در غرب و چه در ایران، از رشد چشمگیری برخوردار باشد. در کنار تولید کتاب‌های متعددی در این رشته‌ها، که گسترش همکاری میان صاحب‌نظران رشته‌های متنوع و تعامل میان‌رشته‌ای را تسهیل می‌کند، فعالیت‌های انجمن‌های علمی نظیر انجمن جامعه‌شناسی ایران، و تأسیس گروه علمی تخصصی «جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت» این انجمن (در سال 1387) نیز به شکل‌گیری این همکاری‌های میان‌رشته‌ای و تولید و غنای ادبیات نظری و پژوهشی در حوزه ادبیات جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت کمک کرده است. کتاب

پیش‌رو، حاصل تلاش و همکاری دو تن از اعضای این گروه علمی تخصصی در انجمن علمی جامعه‌شناسی ایران (تأسیس 1370) است، که گذشته از سهمی که در فضای دانشگاهی ایران به عنوان مدرس و محقق برعهده دارند، با اقدام به ترجمه این کتاب، در راستای تلاش جمعی اعضای این گروه علمی، کوشیده‌اند به سهم خود قدمی مثبت در جبران کاستیهای ادبیات تألیفی و ترجمه در این حوزه جامعه‌شناسی در ایران، بردارند.

مترجمان از خانم دکتر رویا غلامی، استاد ایرانی دانشگاه استون بیرمنگام (انگلستان) که این کتاب را بزرگوارانه پیشنهاد و به خانم دکتر احمدنیا هدیه کرده‌اند صمیمانه سپاسگزاری می‌کنند.

در آماده‌سازی نهایی این کتاب از همکاری برخی از دوستان جوان از جمله آقایان یوسف صفاری و مهدی یوسفی و خانمها مژگان فرشادی، فریده مقراضچی و فاطمه کریمی، برخوردار بوده‌ایم که در اینجا از زحمات و تلاش‌های صمیمانه ایشان سپاسگزاری می‌شود. همچنین، راهنمایها و همکاریهای دلسوزانه جناب آقای کاظم شیخ‌لر، کارشناس محترم گروه علوم اجتماعی سازمان «سمت»، و همکارشان، سرکار خانم نوشین قبدیان نیز شایسته سپاس است. یک مورد ویژه برای سپاسگزاری باقی مانده است. سرکار خانم ندا طاهری، دانش‌آموخته جامعه‌شناسی، ویراستار دقیق و بسیار زحمتکش این متن بوده‌اند. روایی و شیوایی متن واقعاً مدیون زحمات و تلاشهای ایشان است، از این بابت صمیمانه از همکاری و همراهی ایشان سپاسگزاری می‌نمایم.

در نهایت، علی‌رغم زحمات زیاد و طولانی‌مدت برای ترجمه این کتاب و ویرایشهای متعدد، بی‌تردید ضعفها و کاستیهایی در آن وجود دارد که نگاه خردمندانه و آموزنده خوانندگان خوش‌فکر و آگاه می‌تواند این کاستیها را برای مترجمان آشکار کند و در پیشبرد اهداف حوزه جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت و نیز موفقیت گامهای انجمن جامعه‌شناسی ایران و جامعه‌شناسی پزشکی، آنها را رهین منت و محبت خود سازد.

مترجمان

بهمن 1390

### مقدمه

مردم معمولاً در مورد اهمیت کار خود مبالغه می‌کنند و ما نگران چنین ادعایی در مورد کار خود هستیم. اما این کتاب فقط مجموعه دیگری از نوشداروها و پیشداوریها در باره نحوه اصلاح و نظم بخشیدن به جهان نیست. کاری که ما در اینجا آن را توصیف می‌کنیم برآمده از پژوهشی بسیار زمان‌بر (بیش از 50 نفر/سال در بین ما) است که در آغاز ناظر بر تلاش برای درک علل تفاوت‌های کلان در امید به زندگی - نابرابریهای سلامت - بین مردم در سطوح مختلف سلسله‌مراتب اجتماعی در جوامع مدرن است. در آغاز، مسئله کانونی برای ما درک این نکته بود که چرا با پایین آمدن از نردبان اجتماعی، وضعیت سلامت پله به پله بدتر می‌شود به نحوی که سلامتی اقشار فقیر کمتر از طبقات متوسط و سلامتی طبقات متوسط کمتر از طبقات مرفه است.

همانند دیگر کارهای مربوط به مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، دانش‌اندوزی ما در اپیدمیولوژی به این معناست

که روشهای ما [در این کتاب] روشهایی هستند که علل بیماریها را در جمعیت ردیابی می‌کنند - تلاش برای درک این نکته که چرا گروهی از مردم به بیماری خاصی مبتلا می‌شوند در حالی که گروهی دیگر مبتلا نمی‌شوند، یا تلاش برای تبیین اینکه چرا بعضی بیماریها بسیار شایع می‌شوند. در هر حال، این روشها می‌توانند برای تحلیل علل انواع دیگر مشکلات - نه فقط مشکلات مربوط به سلامتی - به کار گرفته شوند.

همان‌طور که اصطلاح «طب مبتنی بر شواهد»<sup>1</sup> برای توصیف تلاشهای جاری به منظور اطمینان از اینکه درمان طبی بر بهترین شواهد علمی در مورد روشهای کارآمد و ناکارآمد استوار است به کار می‌رود، فکر اینکه ما نام این کتاب را «سیاست مبتنی بر شواهد» بگذاریم به ذهنمان خطور کرد. پژوهشی که توصیف ما را پی‌ریزی و استحکام می‌بخشد از شمار بسیاری از گروههای تحقیقاتی در دانشگاهها و سازمانهای تحقیقاتی مختلف برمی‌خیزد. روشهای با قابلیت تکرارپذیری (replicable)، و گزارشهای برآمده از پژوهشهای مبتنی بر ارزیابی همالان (peer-review) در نشریات علمی و دانشگاهی منتشر شده است.

این بدان معنا نیست که هیچ حدس و گمانی در آن راه ندارد. یافته‌ها همواره باید تفسیر شوند، اما معمولاً دلایل موجهی در دفاع از بعضی تفسیرها در مقابل تفاسیر دیگر وجود دارد. نظریه‌ها و انتظارات آغازین غالباً با یافته‌های پژوهشهای بعدی زیرسؤال می‌روند که این خود تفکر مجدد در مورد مسائل را ضروری می‌سازد. مایلیم شما را به سفری که داشته‌ایم ببریم، نشانه‌گذاری شده با پاره‌هایی از شواهد سرنوشت‌ساز و بدون توجه به فقط چند بن‌بست و تغییر مسیرهای غلط که وقت بسیار زیادی گرفت، تا به بهتر این نکته برسیم که چگونه ما باور می‌کنیم که بهبود کیفیت زندگی برای همه در جامعه مدرن ممکن است. ما باید شواهد و دلایل خود را برای تفسیر آنها به شیوه‌ای که انجام می‌دهیم ارائه کنیم، تا شما بتوانید شخصاً برای خود داوری کنید.

مردم همواره به طور شهودی دریافته‌اند که نابرابری از نظر اجتماعی فرساینده است. اما درباره اینکه سطوح نابرابری در جوامع توسعه‌یافته آن قدر متفاوت است که می‌توان انتظار هرگونه پیامد (effects) قابل ملاحظه‌ای را داشت، دلایل کمتری ارائه شده است. دلایلی که بدو یکی از ما را بر آن داشت که به دنبال پیامدهایی بروم که امروزه تا حد زیادی با تصویر تکان‌دهنده‌ای که به دست آمده است نامربوط به نظر می‌رسد. بسیاری از اکتشافات به همان میزان که مدیون قوه تمیز است مدیون خوش‌شانسی نیز هست.

بی‌انسجامی که ما تا به امروز ارائه داده‌ایم احتمالاً این است که بسیاری از داده‌ها فقط در سالهای اخیر قابل دسترس بوده است. با اطلاعات قابل مقایسه در سطح بین‌المللی، نه تنها درباره درآمدها و توزیع درآمد، بلکه در مورد مسائل بهداشتی و اجتماعی نیز، فقط زمان می‌توانست کسی را قبل از ما به یافته‌هایی مثل یافته‌های ما برساند. شکل‌گیری داده‌ها به ما و به دیگر پژوهشگران این امکان را داد که چگونگی تفاوت جوامع را تحلیل کنیم، نحوه ارتباط یک عامل با عامل دیگر را کشف کنیم، و نظریه‌ها را با دقت و قدرت بیشتری بسنجیم.

تصور اینکه اکتشافات علوم طبیعی سریع‌تر از دستاوردهای علوم اجتماعی پذیرفته می‌شوند آسان است - گویا نظریه‌های مادی تا حدودی کمتر از نظریه‌های مربوط به جهان اجتماعی مجادله‌برانگیزند. اما تاریخ علوم طبیعی با درهم ریختگی دردناک بحثهای شخصی آلوده است، که با مخالفت‌های نظری آغاز شده اما غالباً به بهای زندگی دیگر مردمان دوام یافته است. مجادلات و اختلاف نظرها در علوم طبیعی معمولاً به کارشناسان محدود

1. evidence-based medicine

می‌شود: بسیاری از مردم در مورد نظریه‌های رقیب در فیزیک ذرات یا ذرات دیدگاه قوی ندارند. اما آنها در خصوص نحوه کارکرد جامعه صاحب نظرند. نظریه‌های اجتماعی تا حدودی نظریه‌هایی درباره خود ما هستند؛ در واقع، آنها شاید بخشی از خودآگاهی ما از جوامع تلقی شوند. در حالی که دانشمندان علوم طبیعی مجبور به متقاعد کردن و توجیه تک‌تک سلولها یا اتمها برای پذیرش نظریه آنها نیستند، نظریه‌پردازان اجتماعی در برابر شمار بسیاری از دیدگاههای فردی و صاحبان منافع قدرتمند قرار دارند.

در سال 1847، ایگناز سملویز (Ignaz Semmelweis) کشف کرد که اگر پزشکان قبل از اقدام به زایمان دستهای خود را بشویند، مرگ و میرهای ناشی از تب زایمان کاهش چشمگیری می‌یابد. اما برای اینکه کار او مفید واقع شود ناچار بود مردم - به ویژه پزشکان همکار خود - برای تغییر رفتارشان متقاعد سازد. جنگ واقعی او نه مربوط به کشف اولیه او بلکه مرتبط با پیامدهای آن بود. دیدگاههای او مورد تمسخر واقع شد و او تقریباً به جنون و خودکشی رسید. بسیاری از متخصصان پزشکی (medical profession) کار او را جدی نگرفتند تا آنکه لویی پاستور (Louis Pasteur) و جوزف لیستر (Joseph Lister) نظریه میکروبی بیماریها را طرح کردند که اهمیت بهداشت را تبیین می‌کرد.

ما در دوره‌ای بدبینانه زندگی می‌کنیم. علاوه بر نگرانی از پیامدهای احتمالی گرم شدن زمین، اینکه بسیاری از جوامع، علی‌رغم موفقیت‌های مادی، به طور روزافزونی ناکامیهای اجتماعی را تجربه می‌کنند آسان است. نظریه و مجموعه شواهدی که در این کتاب فراهم آمده است، اگر درست باشد، به ما می‌گوید که چگونه می‌توان کیفیت زندگی بخش وسیعی از جمعیت را به طور چشمگیری بهبود بخشید. اما چنانچه تغییر روش نگاه اکثر مردم به جوامعی که در آن زندگی می‌کنند ممکن نباشد، این نظریه عقیم خواهد بود. افکار عمومی فقط زمانی از تغییرات سیاسی ضروری حمایت می‌کند که چیزی نظیر آنچه ما در این کتاب طرح کرده‌ایم ذهن عامه را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، ما یک تراست (trust) غیر انتفاعی پی‌ریزی کرده‌ایم تا به درک بهتر مجموعه شواهدی که در صفحات بعد عرضه شده‌اند کمک کند. به هنگام نگارش، به سختی چیزی بیش از یک سایت ([www.equalitytrust.org.uk](http://www.equalitytrust.org.uk))، از اعتبارات و تخصصها وجود داشت. اما ما امیدواریم که حداقل این نکته را طرح کرده باشیم که همواره برای همه ما راهی برای آزادی از اضطراب و مشکلات وجود دارد.

## نکاتی درباره نمودارها

**واقعیت‌های از نمودارها: چگونه به نمودارهای این کتاب نگاه کنیم.**

بسیاری از نمودارهایی که در این کتاب آمده است طرحهایی هستند که نابرابری درآمدی را در پیوند با مسائل مختلف اجتماعی و بهداشتی نشان می‌دهند. این طرحها روابط را به دو صورت به نمایش می‌گذارند: یا به صورت بین‌المللی و با مقایسه کشورهای ثروتمند با یکدیگر، یا در ایالات متحد آمریکا، به صورت مقایسه ایالت‌های مختلف با یکدیگر.

در همه این نمودارها، نابرابری درآمدی را در راستای محور افقی در پایین (محور X) قرار داده‌ایم، بنابراین،

جوامع با سطوح پایین نابرابری در سمت چپ هستند و جوامع با سطوح بالای نابرابری، رو به سمت راست دارند. ستانده‌های مختلف بهداشتی و اجتماعی در راستای محور عمودی (محور y) در سمت چپ نمودار نشان داده شده است.

در بیشتر نمودارها دو ویژگی وجود دارد. اول پراکندگی نقاط یا نقطه‌های پراکنده متعلق به کشورهای ثروتمند، یا ایالت‌های ایالات متحده، تا خوانندگان چگونگی مقایسه هر کشور با کشورهای دیگر را به دقت ببینند. دوم، خط رگرسیون نامیده می‌شود که بهترین برازش (best fit) را بین نابرابری درآمدی و ستانده آن نمودار نشان می‌دهد. این خط را ما انتخاب نمی‌کنیم، بلکه با نرم‌افزار آماری محاسبه می‌شود تا بهترین برازش را با روند نقاط مربوط به داده‌ها به دست دهد. احتمال ضعیف یا عدم احتمال اینکه الگوهای مورد مشاهده ما صرفاً ناشی از تصادف بوده باشد نیز قابل محاسبه است. ما فقط خط بهترین برازش را در صورتی که احتمال وقوع براساس شانس یا تصادف بسیار ضعیف یا ناممکن بود در خلال نقاط قرار داریم. فقدان خط بهترین برازش در یک نمودار به این معناست که نشانه‌ای از وجود یک رابطه به چشم نمی‌خورد.

اگر این خط دارای شیب تند و رو به بالا از چپ به راست باشد، نشان می‌دهد که ستانده اجتماعی یا سلامتی در جوامع نابرابرتر شایع‌تر است. این الگو برای مسائل و مشکلاتی مصداق می‌یابد که ما معمولاً از آنها با عنوان بد یاد می‌کنیم مانند خشونت:

نمودار بالای صفحه XVI

اگر این خط دارای شیب تند رو به پایین از چپ به راست باشد، نشان می‌دهد که ستانده اجتماعی یا بهداشتی در جوامع نابرابرتر کمتر شایع است. این الگو برای پدیده‌هایی که معمولاً خوب می‌دانیم، مانند اعتماد، مصداق می‌یابد:

نمودار پایین صفحه XVI

پراکندگی گسترده‌تر نقاط در نمودار به معنای وجود دیگر عوامل مهم و مؤثر بر ستانده می‌باشد. این بدین معنا نیست که چون دیگر متغیرها مؤثرند، نابرابری متغیری اثرگذار و قدرتمند نیست.

نمودار بالای صفحه XVII

پراکندگی محدود نقاط به این معناست که رابطه بسیار نزدیکی بین نابرابری درآمدی و ستانده وجود دارد و نابرابری، پیش‌بینی‌کننده‌ای عالی برای ستانده محسوب می‌شود.

نمودار پایین صفحه XVII

تفصیل بیشتر روشهای ما را در سایت [www.equalitytrust.Uk](http://www.equalitytrust.Uk) می‌توان یافت.