

## فقر و سوءتغذیه در ایران

دکتر مسعود کیمیاگر\*، مرجان باژن\*\*

فقر یکی از عوامل مهم ایجاد سوءتغذیه و در عین حال یکی از عواقب آن است. به سخن دیگر، فقر سبب ایجاد سوءتغذیه و ناتوانی جسمی و ذهنی می شود که به نوبه خود فقر بیشتری را به دنبال خواهد داشت. با این حال نباید فراموش کرد که فقر تنها علت سوءتغذیه نیست و عوامل فرهنگی، اجتماعی و بهداشتی و سلامت عمومی جامعه در ایجاد سوءتغذیه نقش دارند.

در حال حاضر، گروه هایی از جمعیت کشور ما دچار سوء تغذیه هستند. مسائل ناشی از کم غذایی عبارتند از: سوءتغذیه پروتئین - انرژی، کم خونی، فقر آهن، اختلالات ناشی از کمبود ید، کمبود روی، کلسیم، کمبود ویتامین های A، B2 و D. بخش هایی از جمعیت نیز از مشکلات ناشی از اضافه مصرف یا مصرف رژیم غذایی نامتعادل - چاقی، دیابت و بیماری های قلب و عروق - رنج می برند.

---

\* دکترای علوم تغذیه، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی <skimiagar@yahoo.com>  
\*\* کارشناس ارشد تغذیه

گزارش‌های موجود حاکی از آن است که حداقل 6 میلیون نفر از جمعیّت کشور دچار پوکی استخوان هستند. شیوع کم‌خونی در کودکان زیر 2 سال کشور (40 درصد) قابل ملاحظه است. 11 درصد کودکان زیر 5 سال کشور دچار کم‌وزنی متوسط و شدید و 15 درصد آنان دچار کوتاه‌قدی تغذیه‌ای متوسط و شدید هستند. بسیاری از کشورهای دیگر جهان نیز دست به‌گیری بان‌سوءتغذیه هستند. رهبران ممالک و سران دول جهان به دعوت سازمان خواربار و کشاورزی به منظور تشکیل «اجلاس جهانی سران در زمینه غذا» در نوامبر 1996 در شهر رم گرد آمدند و عنوان کردند که دسترسی به غذای سالم و مغذی، دریافت غذای کافی و ضرورتاً رهایی از گرسنگی حق هر فرد است و تأکید نمودند که ریشه‌کنی گرسنگی باید در کلیه کشورها در اولویت قرار گیرد. در سیاست‌ها و برنامه‌های بهبود وضع تغذیه اولویت باید به گروه‌های محروم، آسیب‌پذیر و کم‌درآمد داده شود و به رفاه تغذیه‌ای به صورت پیش‌شرطی برای توسعه اقتصادی - اجتماعی نگریسته شود.

کلیدواژه‌ها: سوءتغذیه، فقر، نابرابری، ناتوانی جسمی، ناتوانی ذهنی

تاریخ پذیرش

تاریخ دریافت مقاله: 84/1/28

مقاله: 84/5/25

## مقدمه

بیش از یک ششم بیماری‌ها در جهان ناشی از سوء تغذیه است، که این رقم در بعضی مناطق محروم ممکن است به یک سوم نیز برسد. (WHO, 1996) علل پدیدآورنده و عوامل کمک کننده به پیدایش سوء تغذیه، به طور کلی عبا رتند از: مصرف غذای ناکافی، عادت‌های نادرست غذایی، بیماری‌های عفونی و انگلی، کمبود آب سالم و سطح پایین بهداشت محیط در برخی مناطق، بارداری‌های مکرر و کم‌فاصله، افزایش سریع جمعیت، روش‌های نادرست تغذیه کودکان و زنان، کمی‌فع‌الیت بدنی و ضایعات مواد غذایی (در ضمن حمل و نقل یا مواردی دیگر). یکی از علل عمده و اساسی گرسنگی و سوء تغذیه، فقر است. متداول است که مقولات «فقر» و «توزیع درآمد» در کنار یکدیگر طرح می‌شوند. البته توزیع نامناسب درآمد همواره به معنی فقر نبوده و عکس آن نیز، الزاماً صدق نمی‌کند، یعنی توزیع مناسب درآمد فقدان فقر را نوید نمی‌دهد. امکان دارد که در جامعه‌ای توزیع درآمد نامناسب باشد ولی فقر قابل ملاحظه‌ای وجود نداشته باشد، در حالی که در شرایط توزیع مناسب‌تر درآمد می‌تواند فقر شدیدی نیز مطرح گردد. توزیع درآمد یک بحث بسیار مهم و «مطلوب‌سازی آن» یکی از اهداف عمده اقتصادی دولت محسوب می‌گردد. از دو جهت می‌توان

به مسئله توزیع توجه نمود، یکی توزیع بین نهاده‌های تولید، و دیگری توزیع بین افراد جامعه (پژویان، 1375). آنچه را «فقر مطلق» می‌نامند، در واقع فراتر از «کمبود درآمد» است و سوءتغذیه، کمبود امکانات بهداشتی و درمانی و کمی آموزش (کم‌سوادی یا بی سوادی) را نیز دربرمی‌گیرد. بدین‌سان برای ریشه کن کردن سوءتغذیه، اقداماتی همه جانبه باید انجام پذیرد.

تجارب موجود نشان می‌دهد که کشورهای توانسته‌اند موفقیت بیشتری در زمینه بهبود وضع تغذیه به دست آورند که علاوه بر برنامه‌های بهبود کمی و کیفی غذا و ارتقای خدمات بهداشتی و درمانی، برنامه‌های کشوری فقرزدایی و توسعه مناطق محروم را نیز اجرا کرده‌اند. یک نمونه موفق در این مورد، تایلند است. بر این اساس، در بیانی‌ه‌های تمام گردهمایی‌های بین‌المللی در دهه‌های اخیر که در آن‌ها کاهش سوءتغذیه و بهبود وضع تغذیه مردم مورد نظر بوده است، به عنوان دو راهبرد مهم، بر «ارتقای امنیت غذایی» و «فقرزدایی» تأکید شده است (جزایری، 1375). آخرین گردهمایی با موضوع بهبود وضع تغذیه ك شورها، کنفرانس بین‌المللی تغذیه (ICN: International Conference on Nutrition) بود که توسط سازمان بهداشت جهانی و

سازمان خواربار و کشاورزی در سال 1371 برگزار شد و در آن، نمایندگان کشورها، از جمله جمهوری اسلامی ایران رسماً متعهد شدند که در مدت دو سال، برنامه‌ای جامع، مطابق با شرایط و امکانات خود، برای بهبود وضع تغذیه ملت‌هایشان تدوین کنند که سپس آن را به اجرا در آورند. در این کنفرانس، فقر و بی‌سوادی به عنوان ریشه‌های اصلی سوء تغذیه به شمار آمدند و اظهار شد که در سیاست‌ها و برنامه‌های بهبود وضع تغذیه اولویت باید به گروه‌های محروم، آسیب‌پذیر و کم‌درآمد داده شود و بالاخره، به رفاه تغذیه‌ای به صورت پیش‌شرطی برای توسعه اقتصادی - اجتماعی نگریسته شد. در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، در اصول سوم، بیست‌ونهم و چهل و سوم، ضرورت تأمین نیازهای اساسی، رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه تغذیه، رفاه فردی و اجتماعی مورد تأکید قرار گرفته است.

با توجه به اهمیت موضوع غذا و تغذیه، در نوامبر 1996 نیز اولین اجلاس سران در زمینه غذا (World Food Summit) با حضور رهبران جهان در شهر رم برگزار شد. در این اجلاس رهبران دنیا وجود بیش از هشتصد میلیون گرسنه را که از غذای کافی برای حداقل نیازهای اساسی خود محرومند، امری تحمل‌ناپذیر دانستند و تعهد کردند که امنیت

غذایی را برای همه برقرار سازند. بنابراین مقرر شد، ریشه‌کنی گرسنگی در کلیه کشورها در اولویت قرار گیرد و به عنوان اولین گام، تا سال 2015 تعداد گرسنگان به نصف تعداد کنونی کاهش یابد. (سازمان خواربار و کشاورزی، 1998)

### 1) وضع کنونی غذا و تغذیه در ایران

بررسی‌های متعدد تغذیه‌ای طی سال‌های اخیر نشان داده است که کشور ما از یک طرف با کمبودهای تغذیه‌ای گوناگون از جمله سوءتغذیه پروتئین - انرژی، کم‌خونی فقر آهن، اختلالات ناشی از کمبود ید، کمبود روی، کلسیم، کمبود ویتامین‌های A، B2 و D مواجه است و از سوی دیگر بیماری‌های مزمن مرتبط با تغذیه از جمله چاقی، دیابت، بیماری‌های قلب و عروق و انواع سرطان‌ها روند هشداردهنده و رو به گسترش را طی می‌کنند، همچنین بیماری‌های ناشی از عدم سلامت و ایمنی غذا در کشور قابل توجه است. این مشکلات تغذیه‌ای با پیامدهای نامطلوب اجتماعی - اقتصادی و بهداشتی شامل افزایش مرگ و میر و ابتلا به بیماری‌ها، افزایش هزینه‌های درمان، کاهش ضریب هوشی و قدرت یادگیری، کاهش توان کار و بهره‌طور کلی کاهش توانمندی‌های ذهنی و جسمی، روند توسعه کشور را به مخاطره می‌اندازند.

ارزیابی ارزش تغذیه‌ای الگوی غذای مصرفی طی

سال‌های 81-1379 نشان داده است که متوسط انرژی و پروتئین دریافتی در کشور به ترتیب، 120 و 132 درصد مقادیر توصیه شده روزانه است و پرمصرفی انرژی و پروتئین (دریافت بالای 120 درصد نیاز) به ترتیب در 6/35 و 8/53 درصد خانوارها وجود دارد. از سوی دیگر مقایسه متوسط دریافت ویتامین‌ها و مواد معدنی با مقادیر توصیه شده در سطح میانگین کل کشور نشان می‌دهد که فقط 79 درصد نیاز به آهن، 57 درصد نیاز به کلسیم و 90 درصد نیاز به ویتامین B2 از طریق رژیم غذایی روزانه ت آمین می‌شود. (انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، 1383)

در مورد وضعیت سوء تغذیه و کمبود ریزمغذی‌ها در کشور، آخرین بررسی کشوری تن سنجی در سال 1377 نشان می‌دهد که سوء تغذیه پروتئین - انرژی یکی از مشکلات شایع تغذیه‌ای در کودکان زیر 5 سال کشور به شمار می‌رود. براساس این مطالعه، کم وزنی متوسط و شدید در 11 درصد کودکان زیر 5 سال کشور وجود دارد. بالاترین میزان شیوع کم وزنی در استان سیستان و بلوچستان (16 درصد) و پایین‌ترین میزان آن در استان گلستان (4 درصد) مشاهده شده است. شیوع کم وزنی در کودکان روستایی بیشتر از کودکان شهری می‌باشد. 15 درصد کودکان زیر 5 سال کشور نیز دچار کوتاه‌قدی تغذیه‌ای متوسط و شدید هستند.

بیشتترین و کمترین میزان شیوع کوتاه‌ق‌دی به ترتیب مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان (38 درصد) و گیلان (6/8 درصد) می‌باشد. شیوع کوتاه‌ق‌دی تغذیه‌ای در روستاها دو برابر شهرها است. (دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یونیسف، 1377)

1380 آخرین بررسی کشوری انجام شده در سال حاکی از آن است که کم‌خونی و کمبود آهن در درصد بالایی از جمعیت در گروه‌های سنی مختلف وجود دارد به طوری که در حدود 23 درصد کودکان زیر 2 سال، 26 درصد کودکان 6 ساله، 23 درصد نوجوانان دختر و پسر و 43 درصد زنان باردار از کمبود آهن رنج می‌برند و شیوع کم‌خونی در کودکان زیر 2 سال کشور (40 درصد) قابل ملاحظه است و به عنوان یک مشکل عمده و حاد باید مورد توجه قرار گیرد. (دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، 1382)

کمبود ید و اختلالات ناشی از آن نیز از مشکلات بهداشتی - تغذیه‌ای عمده در کشور محسوب می‌گردد. مقایسه نتایج بررسی‌های کشوری نشان می‌دهد که شیوع گواتر در کشور از 68 درصد در سال 1368 به 52/5 درصد در سال 1375 و 10 درصد در سال 1380 کاهش یافته است. (مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و



متابولیسم، 1380)

کمبود ویتامین A، یکی دیگر از مشکلات تغذیه ای در کشور، در مناطق روستایی به ویژه در استان های جنوب، جنوب غربی و شرقی در گروه های آسیب پذیر به ویژه زنان باردار شایع است (Kimiagar, 1996). بررسی کشوری وضعیت ریزمغذی ها در سال 1380، شیوع کمبود ویتامین A را در زنان باردار در مناطق شهری و روستایی به ترتیب در حدود 15 و 14 درصد نشان داده است. همچنین، کمبود ویتامین D در 43 درصد زنان باردار روستایی و در حدود 30 درصد زنان باردار روستایی گزارش شده است. (دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، 1382)

کلسیم و روی نیز از دیگر ریزمغذی هایی هستند که کمبودشان در کشور نشان داده شده است. گزارشات موجود حاکی از آن است که حداقل 6 میلیون نفر از جمعیت کشور دچار پوکی استخوان هستند و از این تعداد، سالانه حدود 120 هزار نفر دچار شکستگی لگن خاصره شده و حداقل 20 هزار نفر از آنها به دلیل عوارض جانبی جان می دهند و 50 درصد آنها دچار معلولیت شده و قادر به بازگشت به کار خود نیستند. مصرف ناکافی شیر و لبنیات علاوه بر آن که علت عمده کمبود دریافت ویتامین A

و B2 در کشور است از عوامل مهم و مؤثر در بروز کمبود کلسیم نیز می‌باشد.

بررسی تغییرات درآمدها، قیمت ها و هزینه غذا در طول سال‌های اخیر نشانگر آن است که از یک طرف سبد غذایی خانوارها کوچک تر شده و از طرف دیگر جابجایی قابل توجه داشته است، حاصل نهایی این‌که سیری شکم به قیمت کاهش سیری سلولی تثبیت شده است. گزارش اخیر بانک جهانی از فقر و نحوه توزیع درآمد در ایران حاکی از آن است که 49/9 درصد کل مصرف و درآمد ایران به دو دهک بالای درآمدی کشور که طبقه ثروتمند را شامل می‌شود، تعلق دارد. بر اساس این گزارش، دهک اول بالای درآمدی ایران که ده درصد جمعیت ثروتمند این کشور را شامل می‌شود، بیش از 33/7 درصد کل درآمد و مصرف را به خود اختصاص می‌دهد. این در حالی است که اولین دهک پایین درآمدی در ایران که شامل ده درصد فقیرترین مردم کشور می‌شود، تنها 2 درصد درآمد و مصرف را به خود اختصاص داده است. براساس گزارش بانک جهانی، 7/3 درصد جمعیت کشور ما و به عبارتی 5 میلیون نفر با کمتر از 50 هزار تومان در ماه زندگی می‌کنند. در این راستا تحلیل اقتصادی عملکرد تغذیه‌ای خانوارهای شهری و روستایی کل کشور در سال 1379 نشان داده است که پروتئین دریافتی هر فرد از دهک درآمدی اول شهری

در این سال برابر 51 گرم بوده که 9 گرم از مقدار توصیه شده کمتر است. در مقابل، پروتئین دریافتی هر فرد از دهک دهم شهری از محل مصرف اقلام خوراکی 131 گرم بوده که 71 گرم بیشتر از نیاز است. در جوامع روستایی نیز تصویر تقریباً مشابهی با جامعه شهری از نظر پروتئین دریافتی مشاهده شده است. در جدول شماره 1، وضعیت پروتئین دریافتی از محل اقلام خوراکی به تفکیک دهک‌های درآمدی در سال 1379 ارائه شده است. این نتایج دلالت بر آن دارد که گروه‌های کم درآمد به علت عدم دسترسی اقتصادی (درآمد و ثروت) کم‌مصرف کرده‌اند در حالی که گروه‌های پردرآمد امکان دسترسی بالای اقتصادی داشته‌اند و لذا بیشتر از نیاز مصرف نموده‌اند. نکته حائز اهمیت دیگر آن است که سهم بزرگی از پروتئین دریافتی به ویژه در گروه‌های کم‌درآمد از منابع گیاهی و عمدتاً نان تأمین می‌شود و سهم پروتئین دریافتی از گوشت قرمز، مرغ و ماهی در دهک‌های درآمدی پایین بسیار کمتر از دهک‌های درآمدی بالا می‌باشد. این موضوع حاکی از آن است که عامل درآمد بر مصرف منابع پروتئین حیوانی به ویژه گوشت قرمز که به عنوان منبع عمده آهن و روی مطرح است، کاملاً مؤثر می‌باشد. (مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های بازرگانی، 1380)

جدول 1: پروتئین دریافتی خانوارهای شهری و روستایی (گرم/ روز) از محل مصرف اقلام خوراکی به تفکیک

دهک‌های درآمدی در سال 1379

| دهک     | متوسط | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7   | 8   | 9   | 10  |
|---------|-------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|
| شهری    | 86    | 51 | 66 | 71 | 76 | 80 | 85 | 93  | 99  | 109 | 131 |
| روستایی | 93    | 42 | 61 | 69 | 78 | 83 | 89 | 101 | 110 | 129 | 171 |

در مورد مصرف شیر نتایج مطالعات تحلیل اقتصادی عملکرد تغذیه ای خانوارها در سال 1375، حاکی از آن است که نسبت پروتئین دریافتی از شیر نسبت به پروتئین توصیه شده از این ماده غذایی در دهک اول شهری و روستایی به ترتیب، 85 و 77 درصد کمبود داشته است در حالی که برای دهک دهم شهر 54 درصد کمبود و برای دهک دهم روستایی 7 درصد مازاد را نشان می دهد. (جدول شماره 2) جمع‌بندی نتایج فوق دلالت بر آن دارد که در جوامع شهری و روستایی مقدار مصرف شیر در دهک‌های درآمدی پایین در حد مقادیر توصیه شده نبوده است بنابراین پرداخت یارانه برای شیر در دهک های درآمدی پایین ضروری است و در دهک‌های درآمدی بالا نیز افزایش آگاهی‌های تغذیه ای جهت افزایش مصرف شیر حائز اهمیت است. (مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های بازرگانی، 1379)

جدول 2: مازاد\* و کمبود پروتئین دریافتی از شیر نسبت به پروتئین توصیه شده دریافتی از شیر به تفکیک

دهک‌های درآمدی در سال 1375

| دهک  | متوسط | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
|------|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| شهری | 72/5  | 85 | 81 | 79 | 78 | 75 | 70 | 72 | 66 | 64 | 54 |

|     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------|
| (7) | 12 | 21 | 28 | 21 | 36 | 36 | 54 | 56 | 77 | 34 | روستایی |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------|

\* مقادیر مازاد داخل پرانتز نشان داده شده است.

با توجه به وجود مشکل اساسی در زمینه دریافت ریزمغذی‌ها در جوامع شهری و روستایی کاهش یارانه اقلامی مانند نان و پرداخت آن برای اقلامی مانند شیر، ماست، پنیر، گوشت، میوه‌ها و سبزی‌ها توصیه می‌گردد. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که بیش از نیمی از یارانه‌ها عملاً از طبقه مرفه حمایت می‌کنند و به عبارت دیگر در اختیار قشری از جامعه قرار می‌گیرد که نیازمند نیستند و بدین ترتیب کارآیی آن را پایین می‌آورد. در این زمینه پیشنهاد می‌شود که سعی در هدفمند نمودن یارانه‌ها به نفع گروه آسیب‌پذیر بشود. مطالعات سری زمانی و سیستمی که صورت گرفته است، به دولت توصیه می‌کنند که سعی در افزایش درآمد خانوارها نماید چون در این صورت مردم سهم بیشتری از هزینه‌های خود را صرف خرید گوشت، لبنیات، میوه و سبزی می‌نمایند که حرکت به سمت تغذیه بهتر و امنیت بیشتر غذایی تلقی می‌شود.

## 2) راهبردهای فقرزدایی تغذیه‌ای

اطلاعات موجود، گویای این است که در کشورهای دیگر نیز کم و بیش مشکل کم غذایی و سوء تغذیه وجود دارد. به همین دلیل در کشورهای گوناگون و نیز در سطح بین‌المللی، تلاش‌های فراوانی برای

یافتن راه هایی برای حل (یا دست کم کاهش) این مشکل انجام شده و می شود.

25 برای دستیابی به یک هدف مطلوب با تجربه ساله اخیر در کشورهای دیگر پنج نوع تجربه شناسایی شد. (Jonsson, 1995; Dwyer, 1993)

در تجربه اول تأکید بر رشد اقتصادی و عدالت اجتماعی است که در ژاپن، کره جنوبی و سری لانکا و تایلند اجرا شده است.

تجربه نوع دوم بر اساس برنامه های تغذیه جامعه به صورت بهبود وضع مصرف غذا و مهار بیماری ها استوار است. اندونزی، هندوستان، مصر و برزیل چنین برنامه های را اجرا کرده اند.

تجربه نوع سوم برنامه هایی است مشابه آنچه در آمریکا اجرا شده و اصطلاحاً WIC یا "Women, Infants and Children" (زنان، شیرخواران و کودکان) نامیده می شود. این برنامه براساس مقابله با علل بلافصل سوءتغذیه یعنی غذا و پیشگیری از بیماری عمل می کند.

تجربه نوع چهارم در کشورهای اروپایی به ویژه کشورهای اسکاندیناوی از طریق برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی و همچنین تدوین و اجرای سیاست های تغذیه ای برای مقابله با بیماری های متابولیک نظیر بیماری های قلب و عروق، دیابت و چاقی اقدام کردند. (Kokko, 1997)

تجربه نوع پنجم برنامه ریزی غذا و تغذیه است که در این نوع برنامه، مقابله با گرسنگی آشکار و پنهان و سوء تغذیه به عنوان یک اولویت در برنامه توسعه ملی مطرح می‌شود. (FAO/WHO, 1992)

اما دیدگاه امروزی ضمن آنکه معتقد است تنها نمی‌توان با ابزار اقتصادی به جنگ سوء تغذیه رفت، مسایل فقر در جامعه از جمله فقر غذایی را بخشی از یک برنامه توسعه ملی می‌بیند و معتقد است که طرح‌های فقرزدایی نمی‌تواند مجزا از یک برنامه توسعه ملی باشد. چنین دیدگاهی همچنین بر مردم محور بودن برنامه‌ها تاکید دارد و به مفهوم تواناسازی یا "Empowerment" اهمیت می‌دهد. (جوان، 1378)

برای زدودن فقر تغذیه‌ای و محرومیت غذایی روش‌های مختلفی را می‌توان به کار گرفت که عمده‌تاً تلفیقی از این روش‌ها مؤثر خواهد بود. نمودار شماره 1، راهبرد گسستن زنجیره سوء تغذیه و ارتقاء وضع تغذیه را نشان می‌دهد.

در این مقاله بر برخی جنبه‌ها که شاید در ابتدا در برنامه‌های فقرزدایی مورد توجه واقع نشوند، تاکید می‌ورزیم:

2-1 امنیت غذایی خانوار؛

2-2 نقش زنان در محو فقر تغذیه‌ای؛

2-3 نقش بیوتکنولوژی در فقرزدایی تغذیه‌ای؛

2-4) نقش غنی‌سازی مواد غذایی با مواد مغذی.

### 1-2) امنیت غذایی خانوار

منظور از امنیت غذایی خانوار، دسترسی فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی اعضای خانوار در تمام اوقات به غذای سالم، کامل و کافی که احتیاجات رژیمی و تمایل آن‌ها را به غذا برای گذران یک زندگی فعال و سالم رفیع کند، است (سازمان خواربار و کشاورزی، 1998). دسترسی به غذای سالم و مغذی، دریافت غذایی کافی و ضرورتاً رهایی از گرسنگی حق هر فرد است. علاوه بر اینکه باید مواد غذایی موجود و در دسترس خانوار باشد، باید توانایی مالی برای خرید وجود داشته باشد تا «امنیت غذایی» فراهم شود. از دید اقتصادی، باید تقاضای مؤثر از سوی خانوار برای خرید غذا وجود داشته باشد. در اینجا باید به این نکته اشاره کرد که اگر آگاهی‌های درست تغذیه‌ای وجود نداشته باشد، افراد ممکن است بخشی از بودجه غذایی خود را صرف خرید مواد خوراکی با ارزش تغذیه‌ای پایین کنند. از این رو، آموزش تغذیه نیز مهم است و باید به آن توجه شود.

**نمودار 1: راهبرد گسستن زنجیره سوءتغذیه و بهبود وضع تغذیه**





سوی دیگر، بررسی‌های انجام شده، نشان می‌دهد که مزایای یارانه مواد غذایی، بیشتر نصیب شهرنشینان شده است تا روستاییان. این سخن، بدین معناست که «فقیران واقعی غذایی» بیشتر در روستاها هستند تا شهرها.

از آنجا که تامین امنیت غذایی خانوارها از جمله هدف‌های برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور است، لذا برآورد سطح امنیت غذایی خانوارها اهمیت خاصی دارد. مطالعات نشان داده است که در جامعه شهری طی سال‌های 1364-1379 امنیت غذایی خانوار روند صعودی داشته و مقدار عددی شاخص امنیت غذایی از  $87/8$  درصد در سال 1364 به  $96/4$  درصد در سال 1379 ارتقا یافته است. برای جامعه روستایی نیز از سال 1365 تا 1379 روند تأمین امنیت غذایی صعودی بوده به طوری که از حدود 72 درصد در سال 1365 به  $94/9$  درصد در سال 1379 افزایش یافته است. (خداداد کاشی، 1383)

به‌رغم بالا بودن شاخص امنیت غذایی در بسیاری از سال‌های مطالعه، هنوز درصدی از خانوارهای شهری و روستایی در تامین نیازهای خود دچار مشکل‌اند و علاوه بر این، شدت فقر غذایی، که یکی از اجزای شاخص به‌شمار می‌آید، بزرگتر از صفر است. بنابراین برای تامین امنیت غذایی کامل تمامی اقشار جامعه لازم است که در زمینه دسترسی

اقتصادی خانوارها به مواد غذایی اقدامات زیر صورت پذیرد:

- اعمال شیوه های مناسب برای مهار تورم و افزایش قدرت خرید؛
- بهبود توزیع درآمد و ثروت، و به طور کلی، بهبود کیفیت شرایط عمومی زندگی؛
- حمایت از پرداخت سوبسید برای کالاهای اساسی غذایی در جهت کمک به گروه های محروم و آسیب پذیر؛
- گسترش فعالیت های لازم برای محرومیت زدایی؛
- کاهش میزان رشد جمعیت؛
- افزایش اشتغال زایی در مناطقی که نرخ بیکاری بالاست.

در اینجا یادآوری این نکته ضروری است که افزایش درآمد به خودی خود الزاماً همیشه به بهبود وضع تغذیه نمی انجامد. هنگامی افزایش درآمد خانوار به بهبود وضع تغذیه می انجامد که دست کم این سه شرط نیز فراهم شوند:

الف) بودجه غذایی خانوار افزایش یابد (یعنی درآمد اضافی عمدتاً صرف هزینه های غیر غذایی نشود، بلکه در درجه اول با برنامه ریزی و آگاهی هایی که به مردم داده می شود به مصرف خریداری غذا برسد)،

ب) این افزایش بودجه غذایی به خرید مواد غذایی با کیفیت تغذیه ای خوب که تامین کننده سیری

سلولي باشند، اختصاص يابد (نه مواد غذايي  
تجملي)،

ج) توزيع غذا در خانوار درست باشد (يعني مواد  
غذايي با كيفيت مناسب مطابق با نياز به افراد  
آسيبپذير خانوار برسد).

سازمان خواربار و کشاورزي در سال 1994 برنامه  
ويژه امنيت غذايي را اعلام نمود که توسط اجلاس  
جهاني سران در زمينه غذا در نوامبر 1996 تصويب  
شد. اين برنامه سهمي پايدار از هدف اجلاس يعني  
تقليل به نصف تعداد مبتليان به سوءتغذيه مزمن  
در کشورهاي در حال توسعه را دارا مي باشد.  
(سازمان خواربار و کشاورزي، 1998) برنامه ويژه  
امنيت غذايي با هدف پشتيباني از کشورهاي  
کم درآمد مواجه با کمبود غذايي در موارد زير  
کوشش مي کند:

– بهبود امنيت غذايي ملي کشورهاي فوق از طريق  
افزايش سريع استعداد توليدي و توليد غذا بر  
پايه اقتصاد و محيطي پايدار،  
– کاهش نوسانات ساليانه در توليد کشاورزي،  
– بهبود دسترسي مردم به غذا.

## 2-2) نقش زنان در محو فقر تغذيه اي

به شمار آوردن زنان و دختران به عنوان شرکايي  
که همپاي مردان در فرآيند توسعه نقش دارند،  
محور اصلي اين بحث است. درآمد خانواده يکي از

مؤثرترین عوامل برای تامین سلامت تغذیه ای افراد خانوار است و تامین درآمد گرچه در فرهنگ بسیاری از اقوام بر عهده مردان است اما در بسیاری از جوامع سنتی نیز زنان نقش تعیین کننده ای در این میان دارند که گاه رقم آن به بالاتر از 50 درصد حتی در کشورهای آفریقایی و آسیایی می رسد. در کشور ما نیز نمونه بارز آن نقش مؤثر زنان در تولیدات کشاورزی در تولید برنج و چای دیده می شود.

مطالعات در بعضی از کشورها از جمله پاکستان نشان داده است که افزایش درآمد مرد در خانواده لزوماً منجر به بهبود تغذیه فرزندان نشده در حالی که افزایش درآمد زنان مستقیماً در بهبود تغذیه و آموزش کودکان نقش داشته است. (گزارش ارایه شده در کنفرانس بانک جهانی، 1993) این مشاهده با بحث رابطه درآمد و تغذیه و پیش شرطهای آن همخوانی دارد. بر این اساس برنامه هایی که بتواند با ایجاد اشتغال برای زنان، درآمد خانوار را افزایش داده و سرانجام منجر به بهبود وضع تغذیه خانوار به ویژه کودکان گردد، ضروری است. مطالعات در ایران (سرحدی زاده، 1370) حاکی از آن است که در حدود 40 درصد از مواد غذایی و دامی کشور توسط زنان روستایی تولید می شود. البته از آنجا که بسیاری از مراحل

کاشت، داشت، برداشت، فرآوری محصولات، ذخیره و عرضه به بازار بر عهده زنان است برآورد ک می در این زمینه کاری دشوار است.

سازمان بهداشت جهانی عوامل آسیب پذیری خانواده ها از نظر ابتلا به سوءتغذیه در یک جامعه را به ترتیب زیر شمرده است:

– خانواده هایی که در فقر بیشتری بسر می‌برند؛

– خانواده های پر اولادتر؛

– خانواده های با سطح آگاهی کمتر؛

– خانواده هایی که در محلات فقیرنشین شهری

زندگی می‌کنند؛

– خانواده هایی که به هر دلیلی بیشتر به

بیماری های عفونی مبتلا می‌شوند؛

– خانواده هایی که در مناطقی با مواد غذایی

فصلی و محدود زندگی می‌کنند.

در بین گروه های بالا، زنان معمولاً از سوءتغذیه

بیشتری نسبت به مردان در همان گروه رنج می‌برند.

(عزالدین زنجانی، 1366)

تحصیلات و اشتغال همسر علاوه بر افزایش درآمد

خانوار، در انتخاب و تهیه غذای مناسب، تخصیص

منابع در خانوار و بهداشت و مراقبت از کودکان و

سایر اعضای خانواده نیز نقش مهمی دارد.

سوادآموزی و اشتغال به طور همزمان می تواند در

بالا بردن مشارکت اقتصادی زنان کمک کرده و ضمن

کاهش کسر سرباری جامعه، باعث پایین آمدن باروری می‌شود.

برنامه ریزان بین المللی به طور فزاینده ای به نقش چنگانه زنان در اجتماع به عنوان همسر، مادر، مدیر منزل، کارگر، کشاورز و غیره توجه نموده اند. این واقعیت بر هیچ کس پوشیده نیست که بدون در نظر گرفتن زنان که نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می دهند، دستیابی به توسعه واقعی و زدودن فقر میسر نخواهد شد. با پذیرش این باور، زنان فقط گیرندگان منفعل خدمات نبوده، بلکه باید شرکت کننده و تصمیم گیرنده باشند تا بتوانند فعالیت های سازنده ای در برنامه ها و پروژه ها داشته باشند. این کوشش ها برای امتیاز دادن به زنان نیست بلکه برای توسعه واقعی اجتماع و نهایتاً تساوی و تواناسازی زنان و مردان است. (دفتر امور زنان ریاست جمهوری و یونیسف، 1372)

بسیاری از مطالعات انجام شده نشان می دهد که چنانچه مادر نقش بیشتری در کنترل درآمد داشته باشد، سلامت خانوار بهتر تضمین می شود. ضمناً با بروز عوامل ایجاد ناامنی، نظیر افزایش قیمت غذا، افت تولید یا قحطی سهم نسبی زنان و کودکان از این بیشتر است.

در فرآیند تغذیه از مرحله سبد تا سفره، زنان نقش کلیدی دارند و اگر اطلاعات اولیه در زمینه

چگونگی تبدیل فرآورده های کشاورزی و نگهداری آن داشته باشند، ضمن حفظ مواد مغذی غذاها، از ضایعات بیهوده آن نیز جلوگیری می شود. گرچه ضایعات مواد غذایی در کشور حدود 30 درصد برآورد شده اما این آمار، میزان تلفات در سطح منزل و نیز ضایعات ویتامینی میوه و سبزی را که در اثر روش های نابجای طبخ نظیر سرخ کردن بیش از حد سبزی ها رخ می دهد دربرنمی گیرد.

تحقیقات نشان می دهد که تغذیه صحیح دوران بارداری و اثر آن بر سلامت مادر و کودک نشان دهنده اهمیت آم وزش تغذیه در این گروه است. به عنوان مثال، در گواتمالا با اضافه کردن مواد پروتئینی به صورت تکمیلی و بالا بردن میزان انرژی دریافتی روزانه در بین زنان روستایی که از خانواده های با سطح اقتصادی پایین بودند رابطه مستقیم این تصحیح تغذیه ای با بالا رفتن وزن هنگام تولد و پایین آمدن میزان بیماری و مرگ و میر در بین نوزادان نشان داده شده است. متخصصان، ساده ترین راه شکستن این دور باطل را بالا بردن سطح تغذیه مادران در دوران قبل از بارداری و دوران بارداری می دانند.

همان گونه که گفته شد زنان به عنوان دروازه بانانی هستند که ورود مواد غذایی به سفره خانواده از طریق آنان شکل می گیرد. معمولاً



غذاهایی که از طریق مادر برگزیده نشود در میان ترجیحات غذایی اعضای خانواده قرار نمی گیرد. از این رو نقش زنان در ایجاد عادات غذایی درست یا نادرست در فرزندان بسیار مهم است. گاهی عادات نادرست غذایی در دوران بارداری، شیردهی و عادات ماهانه سبب می شود که سلامت جنین، شیرخوار و مادر به خطر بی افتد.

به طور خلاصه می توان گفت زنان را باید به عنوان نیروهای مولد درآمد، تولید غذا و کسانی که می توانند فرهنگ و آگاهی تغذیه ای را در فرزندان به وجود آورده و افزایش دهند، شناخته و روی آنان سرمایه گذاری کرد. موانع موجود در این راه، نگرش فرهنگی نادرست جامعه است که از این نیروی بالقوه بهره لازم را نمی برد. آگاهی دادن به مردان در این زمینه و ایجاد زمینه های بالندگی و پرورش استعداد های زنان در زمینه های آموزش و اشتغال و استفاده از ساختار های مناسب برای بهره گیری از این نیروی عظیم می تواند به فقر زدایی به ویژه رفع فقر تغذیه ای بیانجامد. در این زمینه استفاده از سازمان های غیردولتی و ایجاد ساختار و تشکیلاتی که بتواند برنامه ریزی مناسب را انجام دهد توصیه می شود.

### 2-3) نقش بیوتکنولوژی در فقر زدایی تغذیه ای

بیوتکنولوژی یکی از راه های فقر زدایی است.

بیوتکنولوژی علم استفاده از علوم زیستی در راه بهره‌گیری بهینه از منابع موجود است. از این رو حیطة عملکرد آن بسیار وسیع است که می‌توان چند هدف زیر را به طور خلاصه برشمرد:

- بازگرداندن قدرت باروری به خاک که اولین منبع تامین نیازهای زمین است؛
- آلودگی‌زدایی خاک؛
- آلودگی‌زدایی آب‌های مصرفی؛
- کاهش آلودگی جوی؛
- بازیافت مواد زائد؛
- استفاده از سوخت‌های جدید بیولوژیکی و جایگزینی سوخت‌های سنتی؛
- بکارگیری میکروب‌ها به عنوان کارگران ژنتیک؛
- ریشه‌کنی بیماری‌ها؛
- مهندسی ژنتیک برای افزایش و بهبود کیفیت تولیدات گیاهی و حیوانی؛
- ایجاد انواع جدید جانورانی که در مقابل خطرات بیولوژیکی مقاوم باشند.

...

بکارگیری کلیه این روش‌های بیوتکنولوژیک به طور مستقیم یا غیرمستقیم شرایط زندگی را تحت‌اثر قرار داده و در استفاده بهینه از اکوسیستم‌های موجود نقش دارند. درحالی‌که عدم توجه یا عدم آگاهی کافی ممکن است منجر به

نابودي امکانات موجود نیز شود. از این رو توجه به این امر در تمام سطوح بسیار مهم است تا از بروز هر گونه عوارض ناگوار جلوگیری شود. ذکر چند مثال، موضوع را روشن می‌کند.

مطالعات يك گروه در رومانی روی سببزمینی حضور دو آنزیم گلیکوپروتئینی را که روی قارچی بیماری‌زا که به جوانه سببزمینی آسیب می‌رساند به اثبات رسانده است. (Gozia, 1993)

يك گروه تحقیقاتی ژاپنی 5 خانواده جلبک دریایی شناسایی کرده اند که حتی در شرایط نامطلوب (دمای 40 درجه سانتیگراد و 40 درصد دي اکسیدکربن) نیز قابلیت تولید اکسیژن زیادی دارد، به طوری که هر يك گرم جلبك در ساعت 10 گرم اکسیژن آزاد می‌کند، یعنی تقریباً صد برابر بیشتر از توانایی جنگل های طبیعی. این گروه با همکاری 5 کارخانه بزرگ ژاپنی درصدد مطالعه روش‌هایی هستند که با استفاده از این خاصیت، دي‌اکسیدکربن را به مواد ارگانیک قابل مصرف تبدیل کنند.

علاوه بر روش‌های فیزیکی و شیمیایی گذشته، برخی از باکتری‌ها نیز قادر به هضم مواد آلوده زای می‌باشند. باکتری‌های هوازی شناسایی شده مولکول‌های هیدروکربور، اسیدهای آلی و ستن‌ها را مصرف کرده، و برخی باکتری‌های بی‌هوازی در هضم

مواد کلردار، نیترات ها، بنزن، تولوئن و گزینن شرکت می‌کنند.

#### 4-2) نقش غنی‌سازی مواد غذایی با مواد مغذی

غنی‌سازی مواد غذایی یعنی افزودن مواد مغذی به مواد غذایی که به طور معمول جهت برقراری تعادل و یا بهبود کیفیت تغذیه ای انجام می‌گیرد. این اقدام می‌تواند جهت ایجاد اطمینان در برابر بروز بیماری‌های تغذیه ای در افرادی با دریافت ناکافی ریزمغذی‌ها که اغلب در معرض خطر کمبودهای تغذیه‌ای قرار دارند مورد استفاده قرار گیرد. امروزه غنی‌سازی مواد غذایی در بسیاری از کشورها انجام می‌شود. غنی‌سازی مواد غذایی کیفیت را بهبود می‌بخشد بدون آن‌که کمیت مواد غذایی را تحت تاثیر قرار دهد.

به‌طور کلی همواره سعی بر آن بود ه است تا نیازهای بدن به مواد مغذی اصلی جهت تامین انرژی، رشد و نمو برآورده شده و در ضمن به علت تعادل و توازن، انرژی زیاد از حد مصرف نگردد. بدین جهت آن نوع مواد غذایی مطلوب و مرجح است که مواد ضروری آن بالا بوده و در عین حال میزان کالری آن متعادل باشد. یکی از راه‌های رسیدن به این هدف، غنی کردن مواد غذایی با ویتامین، املاح، پروتئین و سایر مواد ضروری است. Richardson, (1990) هدف از غنی کردن مواد غذایی عبارت است از:

– اضافه کردن و جبران مواد ضروری از بین رفته و تخریب شده در مراحل عمل آوری و پخت به ماده غذایی؛

– افزودن مواد مغذی به علت کافی نبودن آن مواد در ماده غذایی؛

– قرار دادن مواد مغذی در دسترس اکثریت مردم با توجه به کمبودهای موجود در جامعه

برای آنکه بتوان ماده مغذی ضروری را به طور رضایت بخشی به مواد غذایی اضافه نمود باید امکانات تکنولوژیکی و فرآوری آن در دسترس باشد. قیمت اضافی ماده غذایی تکمیل شده باید برای مصرفکننده منطقی و عقلانی بوده و روش های اندازه گیری و کنترل قابل دسترس باشد.

تکنولوژی های غنی سازی چنانچه از کانال های خاصی و با مقاصد سودجویانه از سوی کشورها یا شرکت های خارجی صورت گیرد برای کشور مفید نیست، اما استفاده درست از این روش در مواردی که مشکل حادی مثل اختلالات ناشی از کمبود یا کم خونی فقر آهن گریبان گیر بخش مهمی از جامعه باشد می تواند به عنوان ابزاری در جهت رفع کمبود بکار گرفته شود. باید توجه داشت که مثلاً در شرایطی که تامین گوشت قرمز کافی برای رفع مشکل کم خونی وجود نداشته باشد، غنی سازی با آهن، به عنوان راه حل ارزان و مناسب زدودن فقر تغذیه ای می تواند مطرح

باشد.

در ممالک در حال توسعه نقش برنامه ریزی بسیار حائز اهمیت است، متخصصین امور غذایی در پرتو دارا بودن یک بینش صحیح از شرایط یاد شده باید فعالانه در این برنامه ریزیها مشارکت کنند .  
(Stanbury,1983)

### 3 نتیجه گیری

در مجموع می توان گفت فقر به عنوان یکی از عوامل مؤثر در ناامنی غذایی و سوء تغذیه مطرح است . براساس بررسی های انجام شده در 20 درصد خانوارهای کشور، فقر و کم غذایی به صورت مزمن وجود دارد. در نتیجه، سیاست های حمایتی دولت از جمله هدفمند نمودن یارانها می تواند به نفع گروه آسیب پذیر باشد و علاوه بر آن، با توجه به اینکه تامین امنیت غذایی و سلامت تغذیه ای شدیداً به درآمد و قیمت ها بستگی دارد، بکارگیری تجربیات جهانی در زمینه کاهش فقر، ایجاد اشتغال و درآمد در میان طبقات کم درآمد در شهر و روستا به عنوان یک برنامه هدفمند، موجب افزایش دسترسی اقتصادی گروه های آسیب پذیر به غذا می شود.

1. انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور. (1383)، طرح جامع مطالعات الگوی مصرف مواد غذایی خانوار و وضعیت تغذیه ای کشور، گزارش ملی 81-1379. تهران. انتشارات مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی.
2. پژویان، ج. (1375)، فقر، خط فقر و کاهش فقر. مجله برنامه و بودجه، شماره 2، ص 23-5.
3. جزایری، ا. (1375)، برنامه اجرایی غذا و تغذیه در کشور، گامی در جهت فقرزدایی تغذیه‌ای، مجله برنامه و بودجه، شماره 2، ص 73-84.
4. جوان، ج. (1378)، فقرزدایی و راه های آن، سخنرانی در سازمان برنامه و بودجه، تهران.
5. خداداد کاشی، ف. و حیدری، خ. (1383)، برآورد سطح امنیت غذایی خانوارهای ایرانی بر اساس شاخص AHFSI، فصلنامه اقتصاد کشاورزی و توسعه. سال دوازدهم، شماره 48.
6. دفتر امور زنان ریاست جمهوری و یونیسف. (1372)، نقش زنان در توسعه، تهران، انتشارات روشنفکران.
7. دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور. (1382)، گزارش اولیه بررسی ملی تعیین وضعیت ریزمغذی های آهن، روی، ویتامین A و ویتامین D در 11 اقلیم کشور.
8. دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یونیسف. (1377)، سیمای تغذیه کودکان در استان‌های کشور.
9. سازمان خواربار و کشاورزی. (1998)، مبانی

- نظري و وضعیت اج رای حق دسترسي به غذا  
(مترجم: فريببا با قري)، مؤسسه پژوهش هاي  
برنامه ريزي و اقتصاد کشاورزي.
10. سرحدي زاده، ف. (1370)، نقش اقتصادي -  
اجتماعي زنان در توليد ، مرکز مطالعات  
برنامه ريزي و اقتصاد کشاورزي.
  11. عزالدين زنجاني، ن. (1366)، مجموعه مقالات  
سمينار تغذيه مادر و کودک.
  12. گزارش غلبه بر گرسنگي . (1993)، ارائه شده  
در کنفرانس بانک جهاني، واشنگتن.
  13. مرکز تحقيقات غدد درون ريز و متابوليسم،  
دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي . (1380)،  
نتايج اوليه شيوع گواتر در استان هاي کشور.
  14. مؤسسه مطالعات و پژوهش هاي بازرگاني .  
(1379)، الكوي مصرف خوراك، تحليل اقتصادي  
عملکرد تغذيه اي خانوارهاي شهري و روستايي  
در ايران.
  15. مؤسسه مطالعات و پژوهش هاي بازرگاني .  
(1380)، طرح مطالعه جامع عملکرد تغذيه اي و  
امنيت غذايي خانوارهاي ايراني.
  16. Dwyer, S. et al. (1993), "The WIC program in the United States". In:  
Underwood, B. (ED). "Nutrition intervention". Strategies in national  
development. Nutrition Foundation, New York.
  17. FAO/ WHO. (1992), "International Conference on Nutrition". Final  
report, Rome Italy.
  18. Gozia, o. (1993), "Romanian Academy, Institute of Biochemistry Bucarest  
17- Romania".
  19. Jonsson, U. (1995), "Success factors in community- based nutrition  
oriented programs and projects. Paper presented at ICN fallow-up  
meeting", New Dehli, Unicef. South Asia.
  20. Kimiagar, M. (1996), "Vitamin A status in Iran". Sight & Life. 2: 9-11.



21. Kokko, S. et al. (1997), "**Nordic nutrition polices Finland case study**". Nutr Rev.
22. Richardson, DP. (1990), "**Food fortification**". Proc of the Nutr Society. 49 (1): 39-50.
23. Stanbury, JB. (1983), "**The prevention and control of iodine deficiency disorders**". Nutrition in the Community.
24. WHO. (1996), "**Investing in health research and development**". Report of an ad hoc committee on health research. World Health Organization. Geneva Switzerland.

