فصلنامه علمي پژوهشي رفاه اجتماعي،

فقر و سوءتغذيه در ايران

دكتر مسعود كيمياگر*، مرجان باژن**

فقر يكي از عوامل مهم ايجاد سوءتغذيه و در عين حال يكي از عواقب آن است . به سخن ديگر، فقر سبب ايجاد سوءتغذيه و ناتواني جسمي و ذهني مي شود كه به نوبه خود فقر بيشتري را به دنبال خواهد داشت . با اين حال نبايد فراموش كرد كه فقر تنها علت سوءتغذيه نيست و عوامل فرهنگي، اجتماعي و بهداشت و سلامت عمومي جامعه در ايجاد سوءتغذيه نقش دارند.

در حال حاضر، گروه هايي از جمعيت كشور ما دچار سوء تغذيه هستند . مسائل ناشي از كم‌غذايي عبارتند از : سوءتغذيه پروتئين ـ انرژي، كم خوني، فقر آهن، اختلالات ناشي از كمبود يد، كمبود روي، كلسيم، كمبود ويتامين‌هاي A، B2 و D. بخش‌هايي از جمعيت نيز از مشكلات ناشي از اضافه مصرف يا مصرف رژيم غذايي نامتعادل ـ چاقي، ديابت و بيماري‌هاي قلب و عروق ـ رنج مي‌برند.

* دكتراي علوم تغذيه، عضو هيأت علمي دانشگاه علوم پزشكي شهيدبهشتي<skimiagar@yahoo.com>

** كارشناس ارشد تغذيه

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

گزارش‌هاي موجود حاکي از آن است که حداقل 6 ميليون نفر از جمعيت کشور دچار پوکي استخوان هستند. شيوع کم خوني در کودکان زير 2 سال کشور (40 درصد) قابل ملاحظه است. 11 درصد کودکان زير 5 سال کشور دچار کم‌وزني متوسط و شديد و 15 درصد آنان دچار کوتاه‌قدي تغذيه‌اي متوسط و شديد هستند. بسياري از کشورهاي ديگر جهان نيز دست به گريبان سوءتغذيه هستند. رهبران ممالک و سران دول جهان به دعوت سازمان خواربار و کشاورزي به منظور تشکيل «اجلاس جهاني سران در زمينه غذا» در نوامبر 1996 در شهر رم گرد آمدند و عنوان کردند که دسترسي به غذاي سالم و مغذي، دريافت غذاي کافي و ضرورتاً رهايي از گرسنگي حق هر فرد است و تاکيد نمودند که ريشه‌کني گرسنگي بايد در کليه کشورها در اولويت قرار گيرد. در سياست‌ها و برنامه هاي بهبود وضع تغذيه اولويت بايد به گروه هاي محروم، آسيب‌پذير و کم درآمد داده شود و به رفاه تغذيه‌اي به صورت پيش شرطي براي توسعه اقتصادي ـ اجتماعي نگريسته شود.

کليدواژه‌ها: سوءتغذيه، فقر، نابرابري، ناتواني جسمي، ناتواني ذهني

تاريخ دريافت مقاله: 84/1/28 تاريخ پذيرش مقاله: 84/5/25

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

مقدمه

بیش از یك ششم بیماري ها در جهان ناشي از سوءتغذیه است، که این رقم در بعضي مناطق محروم ممکن است به یك سوم نیز برسد . (WHO, 1996) علل پدیدآورنده و عوامل کمك کننده به پیدایش سوءتغذیه، به طور کلي عبا رتند از: مصرف غذاي ناکافي، عادت‌هاي نادرست غذایي، بیماري‌هاي عفوني و انگلي، کمبود آب سالم و سطح پایین بهد اشت محیط در برخي مناطق، بارداري هاي مکرر و کم‌فاصله، افزایش سر یع جمعیت، روش هاي نادرست تغذیه کودکان و زنان، کمي فع الیت بدني و ضایعات مواد غذایي (در ضمن حمل و نقل یا مواردي دیگر).

یکي از علل عمده و اساسي گرسنگي و سوءتغذیه، فقر است. متداول است که مقولات «فقر» و «توزیع درآمد» در کنار یکدیگر طرح مي شوند . البته توزیع نامناسب درآمد همو اره به معني فقر نبوده و عکس آن نیز، الزاماً صدق نمي‌کند، یعني توزیع مناسب درآمد فقدان فقر را نوید نمي دهد. امکان دارد که در جامعه اي توزیع درآمد نامناسب باشد ولي فقر قابل ملاحظه اي وجود نداشته باشد، در حالي که در شرایط توزیع مناسب تر درآمد مي‌تواند فقر شدیدي نیز مطرح گردد . توزیع درآمد یك بحث بسیار مهم و «مطلوب‌سازي آن» یکي از اهداف عمده اقتصادي دولت محسوب مي گردد. از دو جهت مي توان

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

به مسئله توزيع توجه نمود، يكي توزيع بين نهاده‌هاي توليد، و ديگري توزيع بين افراد جامعه (پژويان، 1375). آنچه را «فقر مطلق» مي‌نامند، در واقع فراتر از «كمبود درآمد» است و سوءتغذيه، كمبود امكانات بهداشتي و درماني و كمي آموزش (كم‌سوادي يا بي سوادي) را نيز دربرمي‌گيرد. بدين‌سان براي ريشه كن كردن سوءتغذيه، اقداماتي همه جانبه بايد انجام پذيرد.

تجارب موجود نشان مي دهد كه كشورهايي توانسته‌اند موفقيت بيشتري در زمينه بهبود وضع تغذيه به دست آورند كه علاوه بر برنامه‌هاي بهبود كمي و كيفي غذا و ارتقاي خدمات بهداشتي و درماني، برنامه هاي كشوري فقرزدايي و توسعه مناطق محروم را نيز اجرا كرده‌اند. يك نمونه مؤفق در اين مورد، تايلند است . بر اين اساس، در بيانيه‌هاي تمام گردهمايي هاي بين المللي در دهه‌هاي اخير كه در آن‌ها كاهش سوءتغذيه و بهبود وضع تغذيه مردم مورد نظر بوده است، به‌عنوان دو راهبرد مهم، بر «ارتقاي امنيت غذايي» و «فقرزدايي» تأكيد شده است (جزايري، 1375). آخرين گردهمايي با موضوع بهبود وضع تغذيه ك شورها، كنفرانس بين المللي تغذيه (ICN: International Conference on Nutrition) بود كه توسط سازمان بهداشت جهاني و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

سازمان خواربار و کشاورزي در سال 1371 برگزار شد و در آن، نمایندگان کشورها، از جمله جمهوري اسلامي ایران رسماً متعهد شدند که در مدت دو سال، برنامه اي جامع، مطابق با شرایط و امکانات خود، براي بهبود وضع تغذیه ملت هایشان تدوین کنند که سپس آن را به اجرا در آورند. در این کنفرانس، فقر و بي سوادي به عنوان ریشه هاي اصلي سوء تغذیه به شمار آمدند و اظهار شد که در سیاست ها و برنامه هاي بهبود وضع تغذیه اولویت باید به گروه هاي محروم، آسیب پذیر و کم درآمد داده شود و بالاخره، به رفاه تغذیه اي به صورت پیش شرطي براي توسعه اقتصادي ـ اجتماعي نگریسته شد. در قانون اساسي جمهوري اسلامي ایران، در اصول سوم، بیست ونهم و چهل وسوم، ضرورت تامین نیازهاي اساسي، رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه تغذیه، رفاه فردي و اجتماعي مورد تاکید 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 غذاي کافي براي حداقل نیازهاي اساسي خود محرومند، امري تحمل ناپذیر دانستند و تعهد کردند که امنیت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

غذايي را براي همه برقرار سازند. بنابراين مقرر شد، ريشه‌كني گرسنگي در كليه كشورها در اولويت قرار گيرد و به عنوان اولين گام، تا سال 2015 تعداد گرسنگان به نصف تعداد كنوني كاهش يابد. (سازمان خواربار و كشاورزي، 1998)

1) وضع كنوني غذا و تغذيه در ايران

بررسي‌هاي متعدد تغذيه اي طي سال هاي اخير نشان داده است كه كشور ما از يك طرف با كمبودهاي تغذيه‌اي گوناگون از جمله سوءتغذيه پروتئين ـ انرژي، كم‌خوني فقر آهن، اختلالات ناشي از كمبود يد، كمبود روي، كلسيم، كمبود ويتامين‌هاي A، B2 و D مواجه است و از سوي ديگر بيماري هاي مزمن مرتبط با تغذيه از جمله چاقي، ديابت، بيماري‌هاي قلب و عروق و انواع سرطان ها روند هشداردهنده و رو به گسترش را طي مي كنند، همچنين بيماري‌هاي ناشي از عدم سلامت و ايمني غذا در كشور قابل توجه است. اين مشكلات تغذيه اي با پيامد هاي نامطلوب اجتماعي ـ اقتصادي و بهداشتي شامل افزايش مرگ و مير و ابتلا به بيماري ها، افزايش هزينه‌هاي درمان، كاهش ضريب هوشي و قدرت يادگيري، كاهش توان كار و به طور كلي كاهش توانمندي‌هاي ذهني و جسمي، روند توسعه كشور را به مخاطره مي‌اندازند.

ارزيابي ارزش تغذيه اي الگوي غذاي مصرفي طي

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

سال‌هاي 81-1379 نشان داده است كه متوسط انرژي و پروتئين دريافتي در كشور به ترتيب، 120 و 132 درصد مقادير توصيه شده روزانه است و پرمصرفي انرژي و پروتئين (دريافت بالاي 120 درصد نياز) به ترتيب در 35/6 و 53/8 درصد خانوارها وجود دارد. از سوي ديگر مقايسه متوسط دريافت ويتامين‌ها و مواد معدني با مقادير توصيه شده در سطح ميانگين كل كشور نشان مي‌دهد كه فقط 79 درصد نياز به آهن، 57 درصد نياز به كلسيم و 90 درصد نياز به ويتامين B2 از طريق رژيم غذايي روزانه ت أمين مي‌شود. (انستيتو تحقيقات تغذيه‌اي و صنايع غذايي كشور، 1383)

در مورد وضعيت سوءتغذيه و كمبود ريزمغذي‌ها در كشور، آخرين بررسي كشوري تن سنجي در سال 1377 نشان مي‌دهد كه سوءتغذيه پروتئين ـ انرژي يكي از مشكلات شايع تغذيه‌اي در كودكان زير 5 سال كشور به شمار مي رود. براساس اين مطالعه، كم وزني متوسط و شديد در 11 درصد كودكان زير 5 سال كشور وجود دارد. بالاترين ميزان شيوع كم‌وزني در استان سيستان و بلوچستان (16 درصد) و پايين‌ترين ميزان آن در استان گلستان (4 درصد) مشاهده شده است. شيوع كم‌وزني در كودكان روستايي بيشتر از كودكان شهري مي‌باشد. 15 درصد كودكان زير 5 سال كشور نيز دچار كوتاه‌قدي تغذيه‌اي متوسط و شديد هستند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

بي‌شترين و كمترين ميزان شيوع كوتاه‌قدي به ترتيب مربوط به استان‌هاي سيستان و بلوچستان (38 درصد) و گيلان (6/8 درصد) مي‌باشد. شيوع كوتاه قدي تغذيه‌اي در روستاها دو برابر شهرها است . (دفتر بهبود تغذيه جامعه، وزارت بهداشت، درما ن و آموزش پزشكي و يونيسف، 1377)

آخرين بررسي كشوري انجام شده در سال 1380 حاكي از آن است كه كم خوني و كمبود آهن در درصد بالايي از جمعيت در گروه‌هاي سني مختلف وجود دارد به‌طوري كه در حدود 23 درصد كودكان زير 2 سال، 26 درصد كودكان 6 ساله، 23 درصد نوجوانان دختر و پسر و 43 درصد زنان باردار از كمبود آهن رنج مي‌برند و شيوع كم‌خوني در كودكان زير 2 سال كشور (40 درصد) قابل ملاحظه است و به عنوان يك مشكل عمده و حاد بايد مورد توجه قرار گيرد . (دفتر بهبود تغذيه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و انستيتو تحقيقات تغذيه‌اي و صنايع غذايي كشور،1382)

كمبود يد و اختلالات ناشي از آن نيز از مشكلات بهداشتي ـ تغذيه‌اي عمده در كشور محسوب مي گردد. مقايسه نتايج بررسي هاي كشوري نشان مي دهد كه شيوع گواتر در كشور از 68 درصد در سال 1368 به 52/5 درصد در سال 1375 و 10 درصد در سال 1380 كاهش يافته است. (مركز تحقيقات غدد درون ريز و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

متابولیسم، 1380)

کمبود ویتامین A، یکي دیگر از مشکلات تغذیه اي در کشور، در مناطق روستایي به ویژه در استان‌هاي جنوب، جنوب غربي و شرقي در گروه هاي آسیب‌پذیر به ویژه زنان باردار شایع است (Kimiagar, 1996). بررسي کشوري وضعیت ریزمغذي ها در سال 1380، شیوع کمبود ویتامین A را در زنان باردار در مناطق شهري و روستایي به ترتیب در حدود 15 و 14 درصد نشان داده است. هم‌چنین، کمبود ویتامین D در 43 درصد زنان باردار روستایي و در حدود 30 درصد زنان باردار روستایي گزارش شده است . (دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي و انستیتو تحقیقات تغذیه اي و صنایع غذایي کشور، 1382)

کلسیم و روي نیز از دیگر ریزمغذي هایي ه ستند که کمبودشان در کشور نشان داده شده است . گزارشات موجود حاکي از آن است که حداقل 6 میلیون نفر از جمعیت کشور دچار پوکي استخوان هستند و از این تعداد، سالانه حدود 120 هزار نفر دچار شکستگي لگن خاصره شده و حداقل 20 هزار نفر از آن‌ها به دلیل عوارض جانبي جان مي دهند و 50 درصد آن‌ها دچار معلولیت شده و قادر به بازگشت به کار خود نیستند . مصرف ناکافي شیر و لبنیات علاوه بر آن‌که علت عمده کمبود دریافت ویتامین A

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

و B2 در كشور است از عوامل مهم و مؤثر در بروز كمبود كلسيم نيز مي‌باشد.

بررسي تغييرات درآمدها، قيمت ها و هزينه غ ذا در طول سال‌هاي اخير نشانگر آن است كه از يك طرف سبد غذايي خانوارها كوچك تر شده و از طرف ديگر جابجايي قابل توجه داشته است، حاصل نهايي اين‌كه سيري شكم به قيمت كاهش سيري سلولي تثبيت شده است. گزارش اخير بانك جهاني از فقر و نحوه توزيع درآمد در ايران حاكي از آ ن است كه 49/9 درصد كل مصرف و درآمد ايران به دو دهك بالاي درآمدي كشور كه طبقه ثروتمند را شامل مي شود، تعلق دارد. بر اساس اين گزارش، دهك اول بالاي درآمدي ايران كه ده درصد جمعيت ثروتمند اين كشور را شامل مي‌شود، بيش از 33/7 درصد كل درآمد و مصرف را به خود اختصا ص مي‌دهد. اين در حالي است كه اولين دهك پايين درآمدي در ايران كه شامل ده درصد فقيرترين مردم كشور مي‌شود، تنها 2 درصد درآمد و مصرف را به خود اختصاص داده است. براساس گزارش بانك جهاني، 7/3 درصد جمعيت كشور ما و به عبارتي 5 ميليون نفر با كمتر از 50 هزار تومان در ماه زندگي مي‌كنند. در اين راستا تحليل اقتصادي عملكرد تغذيه اي خانوارهاي شهري و روستايي كل كشور در سال 1379 نشان داده است كه پروتئين دريافتي هر فرد از دهك درآمدي اول شهري

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

در این سال برابر 51 گرم بوده که 9 گرم از مقدار توصیه شده کمتر است . در مقابل، پروتئین دریافتي هر فرد از دهك دهم شهري از محل مصرف اقلام خوراكي 131 گرم بوده كه 71 گرم بیشتر از نیاز است. در جوامع روستایي نیز تصویر تقریباً مشابهي با جامعه شهري از نظر پروتئین دریافتي مشاهده شده است . در جدول شماره 1، وضعیت پروتئین دریافتي از محل اقلام خوراكي به ت فكیك دهكهاي درآمدي در سال 1379 ارائه شده است.

این نتایج دلالت بر آن دارد كه گروه هاي كم درآمد به علت عدم دسترسي اقتصادي (درآمد و ثروت) كممصرف كرده اند در حالي كه گروه هاي پردرآمد امكان دسترسي بالاي اقتصادي داشته اند و لذا بیشتر از نیاز مصرف نموده اند. نكته حائز اهمیت دیگر آن است كه سهم بزرگي از پروتئین دریافتي به ویژه در گروه هاي كم درآمد از منابع گیاهي و عمدتاً نان تامین مي شود و سهم پروتئین دریافتي از گوشت قرمز، مرغ و ماهي در دهك هاي درآمدي پایین بسیار كمتر از دهك هاي درآمدي بالا مي‌باشد. این موضوع حاك ي از آن است كه عامل درآمد بر مصرف منابع پروتئین حیواني به ویژه گوشت قرمز كه به عنوان منبع عمده آهن و روي مطرح است، كاملاً مؤثر مي باشد. (مؤسسه مطالعات و پژوهشهاي بازرگاني، 1380)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

جدول 1: پروتئين دريافتي خانوارهاي شهري و روستايي (گرم/ روز) از محل مصرف اقلام خوراكي به تفكيك دهكهاي درآمدي در سال 1379

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

در مورد مصرف شير نتايج مطالعات تحليل اقتصادي عملكرد تغذيه اي خانوارها در سال 1375، حاكي از آن است كه نسبت پروتئين دريافتي از شير نسبت به پروتئين توصيه شده از اين ماده غذايي در دهك اول شهري و روستايي به ترتيب، 85 و 77 درصد كمبود داشته است در حالي كه براي دهك دهم شهر 54 درصد كمبود و براي دهك دهم روستايي 7 درصد مازاد را نشان مي دهد. (جدول شماره 2)

جمعبندي نتايج فوق دلالت بر آن دارد كه در جوامع شهري و روستايي مقدار مصرف شير در دهكهاي درآمدي پايين در حد مقادير توصيه شده نبوده است بنابراين پرداخت يارانه براي شير در دهك هاي درآمدي پايين ضروري است و در دهكهاي درآمدي بالا نيز افزايش آگاهي هاي تغذيه اي جهت افزايش مصرف شير حائز اهميت است. (مؤسسه مطالعات و پژوهشهاي بازرگاني، 1379)

جدول 2: مازاد* و كمبود پروتئين دريافتي از شير نسبت به پروتئين توصيه شده دريافتي از شير به تفكيك دهكهاي درآمدي در سال 1375

دهك	متوسط	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
شهري	72/5	85	81	79	78	75	70	72	66	64	54

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

روستايي	34	77	56	54	36	36	21	28	21	12	(7)

* مقادير مازاد داخل پرانتز نشان داده شده است.

با توجه به وجود مشكل اساسي در زمينه دريافت ريزمغذي‌ها در جوامع شهري و روستايي كاهش يارانه اقلامي مانند نان و پرداخت آن براي اقلامي مانند شير، ماست، پنير، گوشت، ميوه ها و سبزي ها توصيه مي‌گردد. بررسي‌هاي انجام شده نشان مي دهد كه بيش از نيمي از يارانه ها عملاً از طبقه مرفه حمايت مي‌كنند و به عبارت ديگر در اختيار قشري از جامعه قرار مي گيرد كه نيازمند نيستند و بدين ترتيب كارآيي آن را پايين مي‌آورد. در اين زمينه پيشنهاد مي‌شود كه سعي در هدفمند نمودن يارانه ها به نفع گروه آسيب‌پذير بشود. مطالعات سري زماني و سيستمي كه ص ورت گرفته است، به دولت توصيه مي‌كنند كه سعي در افزايش درآمد خانوارها نمايد چون در اي ن صورت مردم سهم بيشتري از هزينه هاي خود را صرف خريد گوشت، لبنيات، ميوه و سبزي مي‌نمايند كه حركت به سمت تغذيه ب هتر و امنيت بيشتر غذايي تلقي مي‌شود.

2) راهبردهاي فقرزدايي تغذيه‌اي

اطلاعات موجود، گوياي اين است كه در كشورهاي ديگر نيز كم و بيش مشكل كم غذايي و سوء تغذيه وجود دارد. به همين دليل در كشورهاي گوناگون و نيز در سطح بين المللي، تلاش هاي فراواني براي

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

يافتن راه هايي براي حل (يا دست كم كاهش) اين مشكل انجام شده و مي‌شود.

براي دستيابي به يك هدف مطلوب با تجربه 25 ساله اخير در كشورهاي ديگر پنج نوع تجربه شناسايي شد. (Jonsson, 1995; Dwyer, 1993)

در تجربه اول تاكيد بر رشد اقتصادي و عدالت اجتماعي است كه در ژاپن، كره جنوبي و سري لانكا و تايلند اجرا شده است.

تجربه نوع دوم بر اساس برنامه هاي تغذيه جامعه به صورت بهبود وضع مصرف غذا و مهار بيماري ها استوار است. اندونزي، هندوستان، مصر و برزيل چنين برنامه‌اي را اجرا كرده‌اند.

تجربه نوع سوم برنامه هايي است مشابه آنچه در آمريكا اجرا شده و اصطلاحاً WIC يا "Women, Infants and Children" (زنان، شيرخواران و كودكان) ناميده مي‌شود. اين برنامه براساس مقابله با علل بلافصل سوءتغذيه يعني غذا و پيشگيري از بيماري عمل مي‌كند.

تجربه نوع چهارم در كشورهاي اروپايي به ويژه كشورهاي اسكانديناوي از طريق برنامه هاي آموزشي و اطلاع رساني و همچنين تدوين و اجراي سياست هاي تغذيه اي براي مقابله با بيماري هاي متابوليك نظير بيماري هاي قلب و عروق، ديابت و چاقي اقدام كردند. (Kokko. 1997)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

تجربه نوع پنجم برنامه ريزي غذا و تغذيه است كه در اين نوع برنامه، مقابله با گرسنگي آشكار و پنهان و سوء تغذيه به عنوان يك اولويت در برنامه توسعه ملي مطرح مي‌شود. (FAO/ WHO, 1992)

اما ديدگاه امروزي ضمن آن‌كه معتقد است تنها نمي‌توان با ابزار اقتصادي به جنگ سوءتغذيه رفت، مسايل فقر در جامعه از جمله فقر غذايي را بخشي از يك برنامه توسعه ملي مي بيند و معتقد است كه طرح‌هاي فقرزدايي نمي تواند مجزا از يك برنامه توسعه ملي باشد. چنين ديدگاهي همچنين بر مردم محور بودن برنامه ها تاكيد دارد و به مفهوم توانا‌سازي يا "Empowerment" اهميت مي دهد. (جوان، 1378)

براي زدودن فقر تغذيه اي و محروميت غذايي روش‌هاي مختلفي را مي‌توان به كار گرفت كه عمدتاً تلفيقي از اين روش ها مؤثر خواهد بود. نمودار شمارة 1، راهبرد گسستن زنجيره سوءتغذيه و ارتقاء وضع تغذيه را نشان مي‌دهد.

در اين مقاله بر برخي جنبه ها كه شايد در ابتدا در برنامه هاي فقرزدايي مورد توجه واقع نشوند، تاكيد مي‌ورزيم:

2-1) امنيت غذايي خانوار؛

2-2) نقش زنان در محو فقر تغذيه‌اي؛

2-3) نقش بيوتكنولوژي در فقرزدايي تغذيه‌اي؛

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

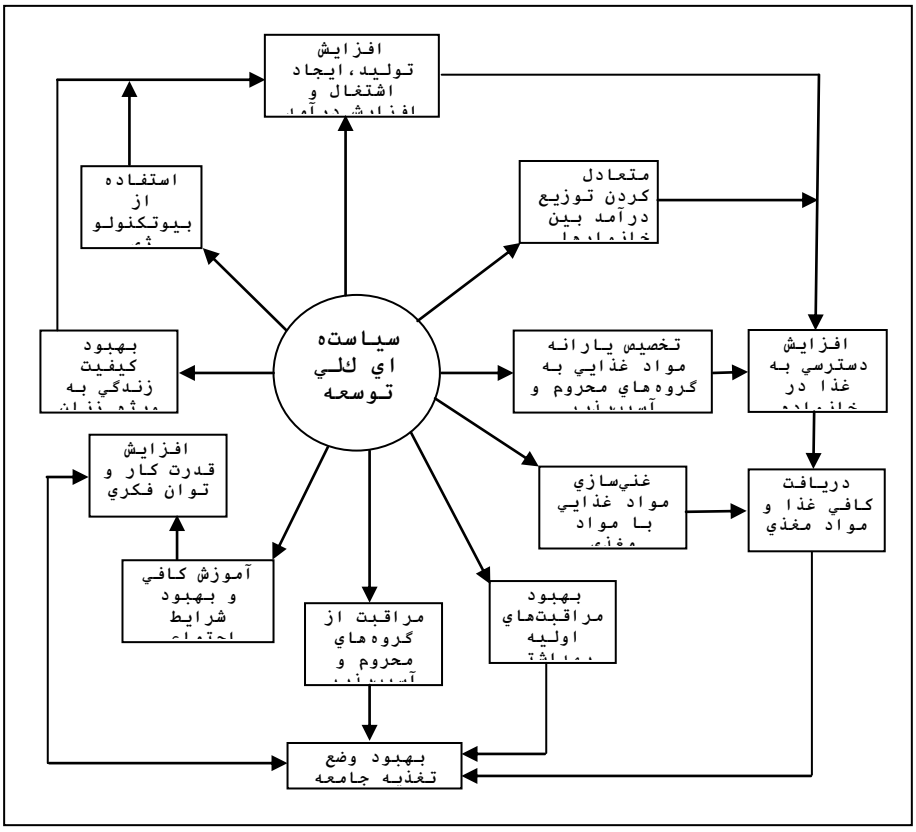
4-2) نقش غني‌سازي مواد غذايي با مواد مغذي.

2-1) امنيت غذايي خانوار

منظور از امنيت غذايي خانوار، دسترسي فيزيكي، اجتماعي و اقتصادي اعضاي خانوار در تمام اوقات به غذاي سالم، كامل و كافي كه احتياجات رژيمي و تمايل آن‌ها را به غذا براي گذران يك زندگي فعال و سالم رف ع كند، است (سازمان خواربار و كشاورزي، 1998). دسترسي به غذاي سالم و مغذي، دريافت غذاي ك افي و ضرورتاً رهايي از گرسنگي حق هر فرد است . علاوه بر اين‌كه بايد مواد غذايي موجود و در دسترس خانوار باشد، بايد توانايي مالي براي خريد وجود داشته باشد تا «امنيت غذايي» فراهم شود. از ديد اقتصادي، بايد تقاضاي مؤثر از سوي خانوار براي خريد غذا وجود داشته باشد. در اين‌جا بايد به اين نكته اشاره كرد كه اگر آگاهي هاي درست تغذيه اي وجود نداشته باشد، افراد ممكن است بخشي از بودجه غذايي خود را صرف خريد مواد خوراكي با ارزش تغذيه اي پا ئين كنند. از اين رو، آموزش تغذيه نيز مهم است و بايد به آن توجه شود.

نمودار 1: راهبرد گسستن زنجيره سوءتغذيه و بهبود وضع تغذيه

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]



روشن است که میزان تولید و قیمت مواد غذایی بر تقاضا برای غذا اثر میگذارد. بار تورم عمدتاً به دوش گروه های کم درآمد است. در برنامه های فقرزدایی باید بر متعادل کردن توزیع درآمد بین خانوارها تاکید ویژه شود. این خانوارها بیش از نیمی از درآمد خود را صرف خرید غذا می کنند. از

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

سوي ديگر، بررسي هاي انجام شده، نشان مي دهد كه مزاياي يارانه مواد غذايي، بيشتر نصيب شهرنشينان شده است تا روستاييان. اين سخن، بدين معناست كه «فقيران واقعي غذايي» بيشتر در روستاها هستند تا شهرها.

از آنجا كه تامين امنيت غذايي خانوارها از جمله هدف‌هاي برنامه هاي توسعه اقتصادي، اجتماعي و فرهنگي كشور است، لذا برآورد سطح امنيت غذايي خانوارها اهميت خاصي دارد. مطالعات نشان داده است كه در جامعه شهري طي سال هاي 1364-1379 امنيت غذايي خانوار روند صع ودي داشته و مقدار عددي شاخص امنيت غذايي از 87/8 درصد در سال 1364 به 96/4 درصد در سال 1379 ارتقا يافته است. براي جامعه روستايي نيز از سال 1365 تا 1379 روند تأمين امنيت غذايي صعودي بوده ب هطوري كه از حدود 72 درصد در سال 1365 به 94/9 درصد در سال 1379 افزايش يافته است. (خداداد كاشي،1383)

به‌رغم بالا بودن شاخص امنيت غذايي در بسياري از سال هاي مطالعه، هنوز درصدي از خانوارهاي شهري و روستايي در تامين نيازهاي خود دچار مشكل‌اند و علاوه بر اين، شدت فقر غذايي، كه يكي از اجزاي شاخص به شمار مي آيد، بزرگتر از صفر است. بنابراين براي تامين امنيت غذايي كامل تمامي اقشار جامعه لازم است كه در زمينه دسترسي

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

اقتصادي خانوارها به مواد غذايي اقدامات زير صورت پذيرد:

ـ اعمال شيوه هاي مناسب براي مهار تورم و افزايش قدرت خريد؛

ـ بهبود توزيع درآمد و ثروت، و به طور كلي، بهبود كيفيت شرايط عمومي زندگي؛

ـ حمايت از پرداخت سوبسيد براي كالاهاي اساسي غذايي در جهت كمك به گروه‌هاي محروم و آسيب‌پذير؛

ـ گسترش فعاليت‌هاي لازم براي محروميت‌زدايي؛

ـ كاهش ميزان رشد جمعيت؛

ـ افزايش اشتغال‌زايي در مناطقي كه نرخ بيكاري بالاست.

در اينجا يادآوري اين نكته ضروري است كه افزايش درآمد به خودي خود الزاماً هميشه به بهبود وضع تغذيه نمي انجامد. هنگامي افزايش درآمد خانوار به بهبود وضع تغذيه مي انجامد كه دست‌كم اين سه شرط نيز فراهم شوند:

الف) بودجه غذايي خانوار افزايش يابد (يعني درآمد اضافي عمدتاً صرف هزينه هاي غير غذايي نشود، بلكه در درجه اول با برنامه ريزي و آگاهي‌هايي كه به مردم داده مي شود به مصرف خريداري غذا برسد)،

ب) اين افزايش بودجه غذايي به خريد مواد غذايي با كيفيت تغذيه اي خوب كه تامين‌كننده سيري

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

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 كشاورزي در سال 1994 برنامه ويژه امنيت غذايي را اعلام نمود كه توسط اجلاس جهاني سران در زمينه غذا در نوامبر 1996 تصويب شد. اين برنامه سهمي پايدار از هدف اجلاس يعني تقليل به نصف تعداد مبتلايان به سوءتغذيه مزمن در كشورهاي در حال توسعه را دارا مي باشد. (سازمان خواربار و كشاورزي، 1998) برنامه ويژه امنيت غذايي با هدف پشتيباني از كشورهاي كم‌درآمد مواجه با كمبود غذايي در موارد زير كوشش مي‌كند:

ـ بهبود امنيت غذايي ملي كشورهاي فوق از طريق افزايش سريع استعداد توليدي و توليد غذا بر پايه اقتصاد و محيطي پايدار،

ـ كاهش نوسانات ساليانه در توليد كشاورزي،

ـ بهبود دسترسي مردم به غذا.

2-2) نقش زنان در محو فقر تغذيه‌اي

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

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

مؤثرترین عوامل براي تامین سلامت تغذیه اي افراد خانوار است و تامین درآمد گرچه در فرهنگ بسیاري از اقوام بر عهده مردان است اما در بسیاري از جوامع سنتي نیز زنان نقش تعیین کننده اي در این میان دارند که گاه رقم آن به بالاتر از 50 درصد حتي در کشورهاي آفریقایي و آسیایي مي رسد. در کشور ما نیز نمونه بارز آن نقش مؤثر زنان در تولیدات کشاورزي در تولید برنج و چاي دیده مي‌شود.

مطالعات در بعضي از کشورها از جمله پاکستان نشان داده است که افزایش درآ مد مرد در خانواده لزوماً منجر به بهبود تغذیه فرزندان نشده در حالي‌که افزایش درآمد زنان مستقیماً در بهبود تغذیه و آموزش کودکان نقش داشته است . (گزارش ارایه شده در کنفرانس بانك جهاني، 1993) این مشاهده با بحث رابطه درآمد و تغذیه و پیش شرطهاي آن همخواني دارد . بر این اساس برنامه‌هایي که بتواند با ایجاد اشتغال براي زنان، درآمد خانوار را افزایش داده و سرانجام منجر به بهبود وضع تغذیه خانوار به ویژه کودکان گردد، ضروري است . مطالعات در ایران (سرحدي زاده، 1370) حاکي از آن است که در حدود 40 درصد از مواد غذایي و دامي کشو ر توسط زنان روستایي تولید مي‌شود. البته از آنجا که بسیاري از مراحل

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

كاشت، داشت، برداشت، فرآوري محصولات، ذخيره و عرضه به بازار بر عهده زنان است برآورد ك مي در اين زمينه كاري دشوار است.

سازمان بهداشت جهاني عوامل آسيب پذيري خانواده ها از نظر ابتلا به سوءتغذيه در يك جامعه را به ترتيب زير شمرده است:

- خانواده هايي كه در فقر بيشتري بسر مي‌برند؛
- خانواده هاي پراولادتر؛
- خانواده هاي با سطح آگاهي كمتر؛
- خانواده هايي كه در محلات فقيرنشين شهري زندگي مي‌كنند؛
- خانواده هايي كه به هر دليلي بيشتر به بيماري‌هاي عفوني مبتلا مي‌شوند؛
- خانواده هايي كه در مناطقي با مواد غذايي فصلي و محدود زندگي مي‌كنند.

در بين گروه هاي بالا، زنان معمولاً از سوءتغذيه بيشتري نسبت به مردان در همان گروه رنج مي‌برند. (عزالدين زنجاني، 1366)

تحصيلات و اشتغال همسر علاوه بر افزايش درآمد خانوار، در انتخاب و تهيه غذاي مناسب، تخصيص منابع در خانوار و بهداشت و مراقبت از كودكان و ساير اعضاي خانواده نيز نقش مهمي دارد. سوادآموزي و اشتغال به طور همزمان مي تواند در بالا بردن مشاركت اقتصادي زنان كمك كرده و ضمن

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

کاهش کسر سرباري جامعه، باعث پایین آمدن باروري مي‌شود.

برنامه‌ریزان بین المللي به طور فزاینده اي به نقش چندگانه 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 نیمي از جمعیت کشور را تشکیل مي دهند، دستیابي به تو سعه واقعي و زدودن فقر میسر نخواهد شد. با پذیرش این باور، زنان فقط گیرندگان منفعل خدمات نبوده، بلکه باید شرکت‌کننده و تصمیم‌گیرنده باشند تا بتوانند فعالیت‌هاي سازنده اي در برنامه ها و پروژه ها داشته باشند. این کوشش‌ها براي امتیاز دادن به زنان نیست بلکه براي توسعه واقعي اجتماع و نهایتاً تساوي و تواناسازي زنان و مردان است. (دفتر امور زنان ریاست جمهوري و یونیسف، 1372)

بسیاري از مطالعات انجام شده نشان مي دهد که چنانچه مادر نقش بیشتري در کنترل درآمد داشته باشد، سلامت خانوار بهتر تضمین مي شود. ضمناً با بروز عوامل ایجاد ناامني، نظیر افزایش قیمت غذا، افت تولید یا قحطي سهم نسبي زنان و کودکان از این بیشتر است.

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

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

چگونگي تبديل فرآورده هاي كشاورزي و نگهداري آن داشته باشند، ضمن حفظ مواد م غذي غذاها، از ضايعات بيهوده آن نيز جلوگيري مي شود. گرچه ضايعات مواد غذايي در كشور حدود 30 درصد برآورد شده اما اين آمار، ميزان تلفات در سطح منزل و نيز ضايعات ويتاميني ميوه و سبزي را كه در اثر روشهاي نابجاي ط بخ نظير سرخ كردن بيش از حد سبزيها رخ مي‌دهد دربرنمي‌گيرد.

تحقيقات نشان مي دهد كه تغذيه صحيح دوران بارداري و اثر آن بر سلامت مادر و كودك نشان‌دهنده اهميت آم وزش تغذيه در اين گروه است . به‌عنوان مثال، در گواتمالا با اضافه كردن مواد پروتئيني به‌صورت تكميلي و بالا بردن ميزان انرژي دريافتي روزانه در بين زنان ر وستايي كه از خانواده‌هاي با سطح اقتصادي پايين بودند رابطه مستقيم اين تصحيح تغذيه اي با بالا رفتن وزن هنگام تولد و پايين آمدن ميزان بيماري و مرگ و مير در بين نوزادان نشان داده شده است . متخصصان، ساده‌ترين راه شكستن اين دور باطل را بالا بردن سطح تغذيه مادران در دوران قبل از بارداري و دوران بارداري مي‌دانند.

همان‌گونه كه گفته شد زنان به عنوان دروازه‌باناني هستند كه ورود مواد غذايي به سفره خانواده از طريق آنان شكل مي گيرد. معمولاً

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

غذاهايي كه از طريق مادر برگزيده نشود در ميان ترجيحات غذايي اعضاي خانواده قرار نمي گيرد. از اين رو نقش زنان در ايجاد عادات غذايي درست يا نادرست در فرزندان بسيار مهم است . گاهي عادات نادرست غذايي در دوران بارداري، شيردهي و عادات ماهانه سبب مي‌شود كه سلامت جنين، شيرخوار و مادر به خطر بي‌افتد.

به طور خلاصه مي توان گفت زنان را بايد به عنوان نيروهاي مولد درآمد، توليد غذا و كساني كه مي توانند فرهنگ و آگاهي تغذيه اي را در فرزندان به وجود آورده و افزايش دهند، شناخته و روي آنان سرمايه گذاري كرد. موانع موجود در اين راه، نگرش فرهنگي نادرست جامعه است كه از اين نيروي بالقوه بهره لازم را نمي برد. آگاهي دادن به مردان در اين زمينه و ايجاد زمينه هاي بالندگي و پرورش استعدادهاي زنان در زمينه هاي آموزش و اشتغال و استفاده از ساختارهاي مناسب براي بهره گيري از اين نيروي عظيم مي تواند به فقرزدايي به ويژه رفع فقر تغذيه اي بيانجامد. در اين زمينه استفاده از سازمان هاي غيردولتي و ايجاد ساختار و تشكيلاتي كه بتواند برنامه ريزي مناسب را انجام دهد توصيه مي‌شود.

2-3) نقش بيوتكنولوژي در فقرزدايي تغذيه اي

بيوتكنولوژي يكي از راه هاي فقرزدايي است .

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

بيوتكنولوژي علم استفاده از علوم زيستي در راه بهره‌گيري بهينه از منابع موجود است. از اين رو حيطه عملكرد آن بسيار وسيع است كه مي توان چند هدف زير را به طور خلاصه برشمرد:

- بازگرداندن قدرت باروري به خاك كه اولين منبع تامين نيازهاي زمين است؛
- آلودگي‌زدايي خاك؛
- آلودگي‌زدايي آب‌هاي مصرفي؛
- كاهش آلودگي جوي؛
- بازيافت مواد زائد؛
- استفاده از سوخت هاي جديد بيولوژيكي و جايگزيني سوخت‌هاي سنتي؛
- بكارگيري ميكروب‌ها به عنوان كارگران ژنتيك؛
- ريشه‌كني بيماري‌ها؛
- مهندسي ژنتيك براي افزايش و بهبود كيفيت توليدات گياهي و حيواني؛
- ايجاد انواع جديد جانوراني كه در مقابل خطرات بيولوژيكي مقاوم باشند.

...

بكارگيري كليه اين روش هاي بيوتكنولوژيك به طور مستقيم يا غيرمستقيم شرايط زندگي را تحت‌تأثير قرار داده و در استفاده بهينه از اكوسيستم‌هاي موجود نقش دارند. درحالي‌كه عدم توجه يا عدم آگاهي كافي ممكن است منجر به

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

نابودي امكانات موجود نيز شود. از اين رو توجه به اين امر در تمام سطوح بسيار مهم است تا از بروز هر گونه عوارض ناگوار جلوگيري شود.

ذكر چند مثال، موضوع را روشن مي‌كند.

مطالعات يك گروه در رومانی روي سيب‌زميني حضور دو آنزيم گليكوپروتئيني را كه روي قارچي بيماري‌زا كه به جوانه سيب‌زميني آسيب مي‌رساند به اثبات رسانده است. (Gozia, 1993)

يك گروه تحقيقاتي ژاپني 5 خانواده جلبك دريايي شناسايي كرده اند كه حتي در شرايط نامطلوب (دماي 40 درجه سانتيگراد و 40 درصد دي اكسيدكربن) نيز قابليت توليد اكسيژن زيادي دارد، به طوري كه هر يك گرم جلب ك در ساعت 10 گرم اكسيژن آزاد مي كند، يعني تقريباً صد برابر بيشتر از توانايي جنگل هاي طبيعي. اين گروه با همكاري 5 كارخانه بزرگ ژاپني درصدد مطالعه روش‌هايي هستند كه با استفاده از اين خاصيت، دي‌اكسيدكربن را به مواد ارگانيك قابل مصرف تبديل كنند.

علاوه بر روش‌هاي فيزيك و شيميايي گذشته، برخي از باكتري‌ها نيز قادر به هضم مواد آلوده زا مي‌باشند. باكتري‌هاي هوازي شناسايي شده مولكول‌هاي هيدروكربور، اسيدهاي آلي و ستن ها را مصرف كرده، و برخي باكتري هاي بي هوازي در هضم

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

مواد كلردار، نيترات ها، بنزن، تولوئن و گزيلن شركت مي‌كنند.

2-4) نقش غني‌سازي مواد غذايي با مواد مغذي

غني‌سازي مواد غذايي يعني افزودن مواد مغذي به مواد غذايي كه به طور معمول جهت برقراري تعادل و يا بهبود كيفيت تغذيه اي انجام مي گيرد. اين اقدام مي‌تواند جهت ايجاد اطمينان در برابر بروز بيماري‌هاي تغذيه اي در افرادي با دريافت ناكافي ريزمغذي‌ها كه اغلب در معرض خطر كمبودهاي تغذيه‌اي قرار دارند مور د استفاده قرار گيرد . امروزه غني‌سازي مواد غذايي در بسياري از كشورها انجام مي شود. غني‌سازي مواد غذايي كيفيت را بهبود مي‌بخشد بدون آنكه كميت مواد غذايي را تحت تاثير قرار دهد.

به‌طور كلي همواره سعي بر آن بود ه است تا نيازهاي بدن به مواد مغذي اصلي جهت تامين انرژي، رشد و نمو برآورده شده و در ضمن به علت تعادل و توازن، انرژي زياد از حد مصرف نگردد . بدين جهت آن نوع مواد غذايي مطلوب و مرجح است كه مواد ضروري آن بالا بوده و در عين حال ميزان كالري آن متعادل باشد. يكي از راه‌هاي رسيدن به اين هدف، غني كردن مواد غذايي با ويتامين، املاح، پروتئين و ساير مواد ضروري است . Richardson, (1990) هدف از غني كردن مواد غذايي عبارت است از:

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

ـ اضافه کردن و جبران مواد ضروري از بین رفته و تخریب شده در مراحل عمل آوري و پخت به ماده غذایي؛

ـ افزودن مواد مغذي به علت کافي نبودن آن مواد در ماده غذایي؛

ـ قرار دادن مواد مغذي در دسترس اکثریت مردم با توجه به کمبودهاي موجود در جامعه

براي آنکه بتوان ماده مغذي ضروري را به طور رضایت بخشي به مواد غذایي اضافه نمود باید امکانات تکنولوژیکي و فرآوري آن در دسترس باشد. قیمت اضافي ماده غذایي تکمیل شده باید براي مصرفکننده منطقي و عقلاني بوده و روش هاي اندازهگیري و کنترل قابل دسترس باشد.

تکنولوژيهاي غنيسازي چنانچه از کانالهاي خاصي و با مقاصد سودجویانه از سوي کشورها یا شرکتهاي خارجي صورت گیرد براي کشور مفید ني ست، اما استفاده درست از این روش در مواردي که مشکل حادي مثل اختلالات ناشي از کمبود یا کم خوني فقر آهن گریبانگیر بخش مهمي از جامعه باشد مي تواند به عنوان ابزاري در جهت رفع کمبود بکار گرفته شود. باید توجه داشت که مثلاً در شرایطي که تامین گوشت قرمز کافي براي رفع مشکل کم خوني وجود نداشته باشد، غني سازي با آهن، به عنوان راه حل ارزان و مناسب زدودن فقر تغذیه اي ميتواند مطرح

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

باشد.

در ممالك در حال توسعه نقش برنامه ريزي بسيار حائز اهميت است، متخصصين امور غذايي در پرتو دارا بودن يك بينش صحيح از شرايط ياد شده بايد فعالانه در اين برنامه ريزي‌ها مشاركت كنند. (Stanbury,1983)

3) نتيجه‌گيري

در مجموع مي‌توان گفت فقر به عنوان يكي از عوامل مؤثر در ناامني غذايي و سوءتغذيه مطرح است. براساس بررسي هاي انجام شده در 20 درصد خانوارهاي كشور، فقر و كم غذايي به صورت مزمن وجود دارد. در نتيجه، سياست‌هاي حمايتي دولت از جمله هدفمند نمودن يارانه ها مي تواند به نفع گروه آسيب‌پذير باشد و علاوه بر آن، با توجه به اين‌كه تامين امنيت غذايي و سلامت تغذيه اي شديداً به درآمد و قيمت ها بستگي دارد، بكارگيري تجربيات جهاني در زمينه كاهش فقر، ايجاد اشتغال و درآمد در ميان طبقات كم درآمد در شهر و روستا به عنوان يك برنامه هدفمند، موجب افزايش دسترسي اقتصادي گروه هاي آسيب‌پذير به غذا مي‌شود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

منابع
References

1. انستيتو تحقيقات تغذيه اي و صنايع غذايي كشور. (1383)، **طرح جامع مطالعات الگوي مصرف مواد غذايي خانوار و وضعيت تغذيه اي كشور**، گزارش ملي 81-1379. تهران. انتشارات مؤسسه عالي آموزش و پژوهش مديريت و برنامه‌ريزي.
2. پژويان، ج. (1375)، **فقر، خط فقر و كاهش فقر**. مجله برنامه و بودجه، شماره 2، ص 23-5.
3. جزايري، ا. (1375)، **برنامه اجرايي غذا و تغذيه در كشور، گامي در جهت فقرزدايي تغذيه‌اي**، مجله برنامه و بودجه، شماره 2، ص 84-73.
4. جوان، ج. (1378)، **فقرزدايي و راه هاي آن**، سخنراني در سازمان برنامه و بودجه، تهران.
5. خداداد كاشي، ف. و حيدري، خ. (1383)، **برآورد سطح امنيت غذايي خانوارهاي ايراني بر اساس شاخص AHFSI**، فصلنامه اقتصاد كشاورزي و توسعه. سال دوازدهم، شماره 48.
6. دفتر امور زنان رياست جمهوري و يونيسف. (1372)، **نقش زنان در توسعه**، تهران، انتشارات روشنفكران.
7. دفتر بهبود تغذيه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و انستيتو تحقيقات تغذيه‌اي و صنايع غذايي كشور. (1382)، **گزارش اوليه بررسي ملي تعيين وضعيت ريزمغذي هاي آهن، روي، ويتامين A و ويتامينD در 11 اقليم كشور**.
8. دفتر بهبود تغذيه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و يونيسف. (1377)، **سيماي تغذيه كودكان در استان‌هاي كشور**.
9. سازمان خواربار و كشاورزي. (1998)، **مباني**

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

نظري و وضعيت اج راي حق دسترسي به غذا (مترجم: فريبا با قري)، مؤسسه پژوهش هاي برنامه‌ريزي و اقتصاد كشاورزي.

10. سرحدي‌زاده، ف. (1370)، **نقش اقتصادي ـ اجتماعي زنان در توليد**، مركز مطالعات برنامه‌ريزي و اقتصاد كشاورزي.
11. عزالدين زنجاني، ن. (1366)، **مجموعه مقالات سمينار تغذيه مادر و كودك.**
12. **گزارش غلبه بر گرسنگي.** (1993)، ارائه شده در كنفرانس بانك جهاني، واشنگتن.
13. مركز تحقيقات غدد درون ريز و متابوليسم، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي. (1380)، نتايج اوليه شيوع گواتر در استان‌هاي كشور.
14. مؤسسه مطالعات و پژوهش هاي بازرگاني. (1379)، **الگوي مصرف خوراك، تحليل اقتصادي عملكرد تغذيه اي خانوارهاي شهري و روستايي در ايران.**
15. مؤسسه مطالعات و پژوهش هاي بازرگاني. (1380)، **طرح مطالعه جامع عملكرد 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.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

منابع
References

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.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]