

## امنیت غذایی و سلامت زنان

مهدیه رحیمی نژاد<sup>۱</sup>، همایون فرهادیان<sup>۲</sup>، شهلا چوپچیان<sup>۳</sup>، نرگس یخکشی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد ترویج و آموزش کشاورزی دانشگاه تربیت مدرس.

<sup>۲</sup> استادیار گروه ترویج و آموزش کشاورزی دانشگاه تربیت مدرس.

<sup>۳</sup> استادیار گروه ترویج و آموزش کشاورزی دانشگاه تربیت مدرس.

<sup>۴</sup> فارغ التحصیل کارشناسی ارشد ترویج و آموزش کشاورزی دانشگاه تربیت مدرس.

نام نویسنده مسئول:

همایون فرهادیان

### چکیده

امنیت غذایی همواره در توسعه جوامع نقش به سزایی داشته است. امنیت غذایی علاوه بر موجود بودن غذا، دسترسی به آن، پایداری در عرضه و دریافت غذا شامل بهره مندی از غذای سالم و با کیفیت و به عبارتی توجه به ایمنی غذایی نیز می شود که شرح آن در مقاله آمده است. در این مطالعه از منابع کتابخانه ای، جستجوی اینترنتی، مرور سایر منابع نظیر مقالات و ژورنالهای مرتبط بهره گرفته شد. امنیت غذایی دارای چهار بعد وجود داشتن غذا، دسترسی به غذا، بهره مندی و پایداری در عرضه و دریافت غذا است. بعد بهره مندی به بررسی کیفیت و تعادل و تنوع رژیم غذایی پرداخته و با کمک شاخص های بهداشت، دسترسی به آب سالم، تغذیه سالم و با کیفیت و امنیت تغذیه ای سنجیده می شود. از این بررسی مشخص می گردد الگوی های صحیح تغذیه ای و تغذیه مناسب، حرکات منظم بدنی، ورزش و آموزش در راستای پیشگیری از بسیاری از بیماری غیر واگیر و تامین سلامت جامعه موثرند، پس دولت ها موظفند در جهت ارتقای سطح سلامت و اصلاح سبک زندگی اقداماتی را انجام دهند.

**واژگان کلیدی:** امنیت غذایی، امنیت تغذیه ای، سلامت زنان.

## مقدمه

دسترسی به مواد غذایی کافی و سلامت تغذیه ای از محورهای اساسی توسعه و از ابتدایی ترین حقوق انسان ها است. نقش تغذیه در سلامت، افزایش کارایی و ارتباط آن با توسعه اقتصادی، طی تحقیقات گسترده در سطح جهانی، با مبانی علمی و شواهد تجربی مورد تایید است. (شکوری، ۱۳۸۳). امنیت غذایی عبارت است از دسترسی همه مردم به غذای کافی برای یک زندگی سالم و فعال که شامل: (۱) عرضه غذای کافی و سالم، (۲) توانایی خانوار در به دست آوردن غذای کافی و با کیفیت از طریق راه های قابل قبول در اجتماع می باشد (محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۹).

دپارتمان وزارت کشاورزی آمریکا (USDA)<sup>۱</sup> تعریف دیگری را برای امنیت غذایی مطرح ساخت: "امنیت غذایی برای خانوارها به این معنی است که دسترسی همه اعضا، در همه زمانها، به غذای کافی برای انجام فعالیتها و زندگی سالم وجود داشته باشد". همچنین بانک جهانی در سال ۱۹۸۶ امنیت غذایی را اینگونه تعریف کرد: "امنیت غذایی عبارت است از دسترسی همه مردم به غذای کافی در تمام اوقات به منظور یک زندگی سالم و فعال" (صفرخانلو و محمدی نژاد، ۱۳۹۰). بهره مندی از غذا به معنی استفاده مطلوب از غذا، داشتن رژیم غذایی که انرژی و مواد مغذی ضروری را برای بدن فراهم کند که به بهداشت و تغذیه، کیفیت و سلامت غذا و دسترسی به آب سالم و امکانات بهداشتی بستگی دارد (FAO, 2003). سازمان ملل متحد (۱۹۷۵) امنیت غذایی را چنین تعریف کرده است: "امنیت غذایی عبارت است از عرضه مستقیم کالاهای غذایی اصلی در سطح جهانی به منظور بهبود مداوم مصرف غذا و خنثی کردن اثرات نامطلوب نوسانات تولید قیمت غذا" (بختیاری و حقی، ۱۳۸۲).

مفهوم امنیت غذایی بسیار گسترده است و به وسیله ی تعامل دامنه ای از عوامل زیست شناختی، اقتصادی، اجتماعی، کشاورزی و فیزیکی تعیین میشود. امنیت غذایی مستلزم عرضه ی کافی مواد غذایی در سطح کلان و توزیع عادلانه به منظور دستیابی همه به آن می باشد و مؤلفه های مشخص آن عبارت از موجودی مواد غذایی، دسترسی به مواد غذایی و استفاده از مواد غذایی می باشد. امنیت غذایی در حقیقت سنگ بنای یک جامعه ی توسعه یافته و عنصر اصلی سلامت فکری، روانی و جسمی اعضای آن است. براساس توصیه های سازمان خواربار جهانی، بر ضرورت اتخاذ سیاستهای ملی امنیت غذایی توسط دولتها بمنظور تضمین کیفیت و سلامتی غذای قابل عرضه به شهروندان از طریق برقراری معیارهای ملی ایمنی تأکید شده است (فتحی، ۱۳۸۲).

در اجلاس جهانی غذا، در سال ۲۰۰۳، تعریف بسیار جامعی از امنیت غذایی که ابعاد متفاوتی از آن را مد نظر قرار میداد، به شرح زیر مطرح گردید: تمامی افراد، در همه زمانها، توانایی دسترسی فیزیکی و اقتصادی به مقدار کافی از مواد غذایی سالم و مغذی که نیازها و ترجیحات غذایی برای زندگی سالم و فعال آنها را تأمین نماید، داشته باشند (FAO, 2003).

در تعریفی پذیرفته شده، امنیت غذایی وضعیتی است که همه مردم در تمام ایام به غذای کافی، سالم و مغذی دسترسی فیزیکی و اقتصادی داشته باشند (FAO, 2008). و غذای در دسترس، نیازهای رژیم تغذیه ای سازگار با ترجیحات آنان را برای زندگی فعال و سالم فراهم کند (Noori Naeni, 1999). امنیت غذایی بنیان جامعه توسعه یافته و عنصر اصلی سلامت فکری، روانی و جسمی اعضای آن است و همواره یکی از اهداف عمده برنامه های توسعه کشاورزی و روستایی ایران در گذشته و حال است و جزء اهداف راهبردی و اولویت های برنامه های (بلند مدت آینده) چشم انداز بیست ساله نیز است. (Expediency Discernment Council, 2003)

موجود بودن و دسترسی به مواد غذایی: این تعریف امنیت غذایی بر پایه سه زیر شاخص «تأمین سلامت و پایداری در دریافت مواد و توان اقتصادی خرید و انتخاب مواد غذایی» استوار است. هر کدام از زیر شاخصهای ذکر شده، مشتمل بر مؤلفه هایی هستند «غذایی که بیانگر آن زیر شاخص و در نتیجه وضعیت امنیت غذایی است. زیر شاخص موجود بودن، تأمین و دسترسی به مواد غذایی مشتمل بر تولید و عرضه داخلی و دسترسی اقتصادی به منابع جهت تأمین اقلام غذایی مورد نیاز جامعه است. به طوری که سیستم غذا و تغذیه به گونه ای عمل کند که ترس و بیم از نبود غذای کافی وجود نداشته باشد. دسترسی و استفاده از مواد غذایی صرفاً نه به منظور ادامه حیات بلکه با هدف ایجاد بستر مشارکتی فعال و پویا در جامعه از اهمیت به سزایی برخوردار است (کلاهدوز و نجفی، ۱۳۹۲).

بهره مندی از غذا شامل روشی است که غذا ذخیره شده و آماده می شود که شامل آب پز شدن یا سرخ شده است، شرایط بهداشتی که در بهره مند شدن از غذا باید به آن توجه کرد، الگوهای تغذیه ای، مخصوصاً برای افرادی که نیازهای تغذیه ای خاصی دارند مثل بچه ها، نوجوانان، افراد مسن، بیمار، زنان باردار و شیرده، تقسیم مساوی غذا در خانوار و اندازه غذایی که به هر نفر می رسد مطابق نیازهای غذایی او و وضعیت سلامتی هر عضو در خانوار باشد. بعد بهره مندی مستلزم وجود بهداشت و تغذیه، کیفیت و سلامت غذا و دسترسی به آب سالم و امکانات بهداشتی می باشد. بعد پایداری به عرضه پیوسته غذا به میزان کافی در تمام سال بدون نقصان و کمبود اشاره می کند (FAO, 2006). بنابراین میتوان گفت تأمین پایدار و مطمئن امنیت غذایی زمانی اتفاق می افتد که شاخصهای تغذیه ای و شاخصهای اقتصادی،

اجتماعی، فرهنگی و بهداشتی هماهنگ و در کنار هم به حد مطلوب پایداری رسیده باشند؛ به عبارت دیگر، امنیت غذایی با شاخص‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و بهداشتی جامعه در ارتباط و تعاملی دوسویه قرار دارد و اگر کشوری بتواند از نظر شاخص‌های امنیت غذایی به سطح مطلوب پایداری برسد، به یقین از نظر سایر شاخص‌ها در سطوح بالاتری از توسعه قرار می‌گیرد (بخشی، صمدی، برادران نصیری، ۱۳۸۷).

## نامانی غذایی

نامانی غذایی نه تنها شامل عدم دسترسی به غذاست، بلکه ادراکی نظیر ناکافی بودن از نظر کمیت و کیفیت، غیر قابل قبول بودن و نگرانی را نیز در بردارد و یک تجربه زنجیروار است که از نگرانی و اضطراب درباره غذا در سطح خانوار آغاز می‌شود و تا پدیدار شدن گرسنگی در بین کودکان پیشرفت می‌کند (محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۹).

نامانی غذایی در ارتباط با سوتغذیه و تغذیه بیش از حد یا چاقی است. تفکر سنتی در بررسی آثار پیامدهای نامانی غذایی به دنبال لاغری و کمبود وزن بوده است، اما امروزه احتمال بروز چاقی در افراد مبتلا به نامانی غذایی بیشتر می‌باشد (کرم سلطانی و همکاران، ۱۳۸۶). آمارهای جهانی بیانگر روند تصاعدی شیوع چاقی است. بر طبق گزارشات سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۲۰۰۵ میلادی حدود ۴۰۰ میلیون فرد بالغ مبتلا به چاقی بودند و یک میلیارد و ۶۰۰ میلیون نفر اضافه وزن داشتند شیوع چاقی در کشورهای در حال توسعه همچون کشورهای توسعه یافته، نیز با تغییر در عادات غذایی و کاهش فعالیت بدنی، افزایش یافته است. شیوع چاقی در فاصله سال‌های ۱۹۹۴-۱۹۸۸ و ۲۰۰۰-۱۹۹۹ میلادی در کودکان شش تا یازده ساله آمریکایی از ۱۱/۳ درصد به ۱۵/۳ درصد افزایش یافته است. در ایران نیز شیوع چاقی در دختران هشت تا ده ساله تهرانی، ۱۶ درصد افزایش یافته است (بصیرت و همکاران، ۱۳۹۰).

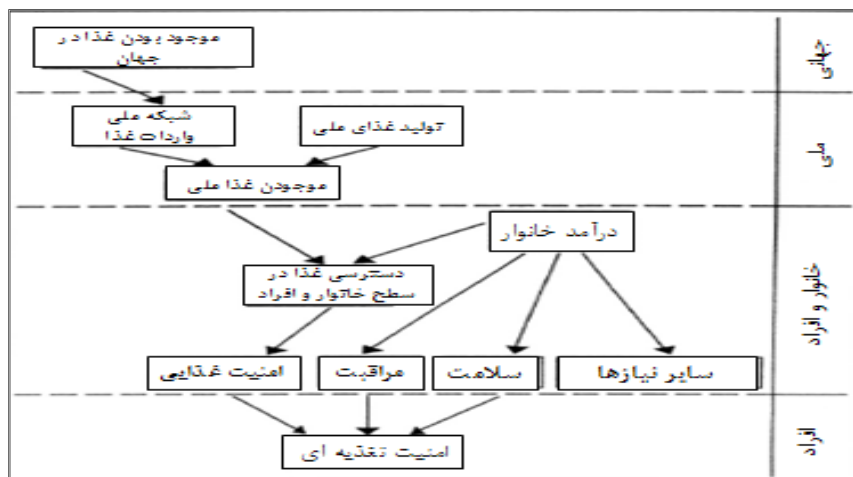
برخلاف سوء تغذیه، نامانی غذایی زندگی فرد را به خطر نمی‌اندازد؛ اما تأثیرات عمیقی روی سلامتی دارد. مطالعات نشان داده اند که نامانی غذایی عملکردهای روزانه و به همان اندازه سلامت فیزیکی، روحی و اجتماعی افراد و خانواده‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Grisaru و همکاران (به نقل از: میرزاده اهری، محمدی نصرآبادی، عینی زیناب و همکاران، ۱۳۹۴).

نامانی غذایی و گرسنگی پیامدهایی را برای سلامت عمومی و هزینه‌های اقتصادی را برای اجتماع در بردارد که از پیامدهای آن به کاهش یادگیری در بچه‌ها، عملکرد ضعیف کار در بزرگسالان و جذب پایین غذا می‌توان اشاره کرد و همچنین، افزایش هزینه‌های پزشکی، ناتوانی، بیماری‌ها و در نهایت مرگ را در پی دارد (Cohen, 2002).

نامانی غذایی باعث ایجاد آسیب در بخش سلامت، بهره‌وری و در موارد حاد تهدیدی برای حیات انسان‌ها به شمار می‌رود. حدود ۸۴۲ میلیون نفر در کل دنیا بین سال‌های ۲۰۱۱-۲۰۱۳ از سوءتغذیه رنج می‌بردند. یعنی ۱۲ درصد از جمعیت جهان. به عبارت دیگر از هر هشت نفر در دنیا یک نفر دچار سوءتغذیه است و اکثر این افراد گرسنه (۸۲۶ میلیون نفر) در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (به نقل از روزنامه شرق، ۱۳۹۳).

نامانی غذایی و گرسنگی می‌تواند علاوه بر تاثیر بر سلامت جسمی، تبعات اجتماعی و روانی نیز به همراه داشته باشد. از این رو تامین امنیت غذایی برای جامعه به عنوان یکی از اهداف کلان برنامه ریزیهای توسعه اقتصادی و اجتماعی است. یافته‌های تحقیقی که نامانی غذایی را از لحاظ ابعاد عیان و پنهان آن بررسی نمود، مشخص گردید که علاوه بر ۲۶ درصد گرسنگی عیان، ۴۱/۶ درصد نیز از گرسنگی پنهان رنج می‌برند بطوری که در دریافت ۵ ماده مغذی یعنی انرژی، پروتئین، ویتامین A، ریوفلاوین و کلسیم مشکل دارند و فقط ۳۲/۳ درصد این منطقه از دریافت هر پنج ماده مغذی برخوردارند (استادرحیمی، محبوب، توتونچی و همکاران، ۱۳۸۵). آسیب پذیری و یا امنیت غذایی در ارتباط با عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی جامعه است که برونداد این فرآیند وضعیت تغذیه، سلامت و تندرستی افراد است. عوامل مرتبط با تولید و ساختار اقتصاد از عوامل ریشه ای تاثیر گذار بر امنیت غذایی است و ابعاد تغذیه ای و بهداشتی و فرهنگی خانواده‌ها از عوامل سطحی تاثیر گذار بر امنیت غذایی است (بخشی و همکاران، ۱۳۸۷). از تبعات نامانی غذایی کم وزنی و کوتاه قدی تغذیه ای، شیوع سوتغذیه در جامعه، عمق گرسنگی افراد (محرومیت غذایی) می‌باشد و عمق گرسنگی حاکی از میزان کمبود غذایی در جمعیت دارای کسری انرژی غذایی است. این شاخص تفاوت بین حداقل انرژی مورد نیاز با متوسط انرژی غذایی افراد گرسنه را می‌سنجد. اگر شاخص شدت کمبود غذا بیشتر از ۳۰۰ کیلو کالری برای هر نفر در روز باشد نمایانگر آن است که جامعه با کسری شدید انرژی غذایی مواجه است و اگر این مقدار کمتر از ۲۰۰ کیلو کالری برای هر نفر در روز باشد کسری انرژی غذایی در سطح متوسط است (بخشی و همکاران، ۱۳۹۰ به نقل از فائو).

برنامه توسعه سازمان ملل (UNDP) <sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۷ میلادی فقر را نتیجه محرومیت از نیازهای اساسی، که منجر به کاهش امید به زندگی، سلامت، مشارکت در اجتماع، امنیت شخصی و فرسایش زیست محیطی و نبود فرصت هایی که منجر به یک زندگی ارزشمند شود تعریف می کند.



چهارچوب مفهومی غذا و امنیت تغذیه ای. ماخذ: (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۰)

در تعریف فقر، نا امنی غذایی و تغذیه بیش از حد پارادوکس وجود دارد، زیرا رژیم غذایی فقرا کیفیت لازم برای تامین سلامتی آنها را ندارد. در واقع، سوتغذیه شامل دو مقوله تغذیه ناکافی و تغذیه بیش از حد است که هر دو آنها در زندگی فقرایی که غذای کافی ندارند، وجود دارد (Tanumihardjot et al., 2007). برنامه جهانی غذا (WFP)، سازمان خوار و بار جهانی (FAO) و اداره مرکزی آمار فلسطین (PCBS) (2010) در مطالعه شان تحت عنوان " بررسی وضعیت اجتماعی و اقتصادی و امنیت غذایی " به این نتایج رسیدند که، برای برقراری امنیت غذایی، باید معیشت پایدار، شامل ایجاد اشتغال، داشتن سلامتی، آموزش و حقوق و مزایای بازنشستگی وجود داشته باشد. ناامنی غذایی و گرسنگی پیامدهایی را برای سلامت عمومی و هزینه های اقتصادی را برای اجتماع در بردارد که از پیامدهای آن به کاهش یادگیری در بچه ها، عملکرد ضعیف کار در بزرگسالان و جذب پایین غذا می توان اشاره کرد و همچنین، افزایش هزینه های پزشکی، ناتوانی، بیماری ها و در نهایت مرگ را در پی دارد (Cohen, 2002).

آسیب ناپذیری و امنیت غذایی در ارتباط با عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی جامعه است که برونداد این فرآیند وضعیت تغذیه، سلامت و تندرستی افراد است. عوامل مرتبط با تولید و ساختار اقتصاد از عوامل ریشه ای تاثیر گذار بر امنیت غذایی است و ابعاد تغذیه ای و بهداشتی و فرهنگی خانواده ها از عوامل سطحی تاثیر گذار بر امنیت غذایی است (بخشی و همکاران، ۱۳۸۷). از تبعات نا امنی غذایی کم وزنی و کوتاه قدی تغذیه ای، شیوع سوتغذیه در جامعه، عمق گرسنگی افراد (محرومیت غذایی) می باشد و عمق گرسنگی حاکی از میزان کمبود غذایی در جمعیت دارای کسری انرژی غذایی است.

در کشورهای در حال توسعه، زن نقش مهمی را در تامین امنیت تغذیه ای و غذای خانوار بازی می کند. آن ها در تولید غذای خانوار، مشارکت در فعالیت های اقتصادی به عنوان نقش مکمل در درآمد خانوار و مسئولیت مراقبت از اعضای خانوار نقش عمده ای دارند. یونیسف در ۲۰۱۲ فرضیه ای را ارائه داد که تاثیر وضعیت زنان در بقای بچه ها که شامل سوادآموزی بهتر، مراقبت از سلامت، خود مختاری بیشتر زنان، قدرت مذاکره بیشتر و دسترسی و کنترل بیشتر روی منابع بود.

## سلامت

سلامت یکی از مفاهیم ضروری و همواره مورد بحث دنیای پیچیده انسان است که قدمتی به بلندای هستی وی دارد (پیلتن و قانع، ۱۳۹۱) و نیازی است که حق همه افراد جامعه است که هدف مشترکی در بخشهای مختلف جامعه تلقی می شود (Vosoogh, moghadam, Damari, Alikhani et al. 2013). سلامت یکی از مهم ترین منابع زندگی بشر است و در کیفیت زندگی فرد و پیشبرد اهداف جامعه تاثیر بسزایی دارد. سلامت مفهومی نسبی است و ممکن است منحصر به عنوان عدم بیماری و ناتوانی در نظر گرفته

شود (Dessoco & Hotman, 2004). سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی می‌داند و تنها صرف بیمار نبودن یا عدم معلولیت را سلامتی نمی‌داند. سلامت چه به صورت فردی و چه جمعی، بی‌تردید از مهمترین ابعاد مسائل حیات انسان است و شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است. همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند، اما هنگامی که بحث جنسیت و سلامت به میان می‌آید باید در به کار بردن این مفهوم دقت کنیم (محسنی تبریزی، ۱۳۷۶). سلامت زنان به تعاملات پیچیده بیولوژی فردی، رفتار بهداشتی، و زمینه تاریخی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی زندگی آنان بستگی دارد و بهداشت و سلامت جهان، کشور، شهر و حتی اجتماع‌های کوچک، مستقیماً تحت تاثیر سلامت زنان آن منطقه می‌باشد (نصیری و همکاران، ۱۳۹۳). به گفته برخی ناظران، نقش‌های چندگانه‌ای که زنان معمولاً برعهده دارند - خانه داری، بچه داری، مسئولیت‌های شغلی - میتواند فشار عصبی وارد بر آنها را افزایش دهد و موجب بالارفتن میزان بیماری در میان آنان شود. بر طبق نظر دوپال انباشته شدن آثار و عواقب وظایف متعدد زنان، اصلی‌ترین تعیین کننده سلامت زنان است. از این رو هر تحلیلی درباره تندرستی زنان باید تعامل میان عوامل اقتصادی، اجتماعی، روانی و زیستی را مدنظر قرار دهد (بنی فاطمه و همکاران ۱۳۹۳).

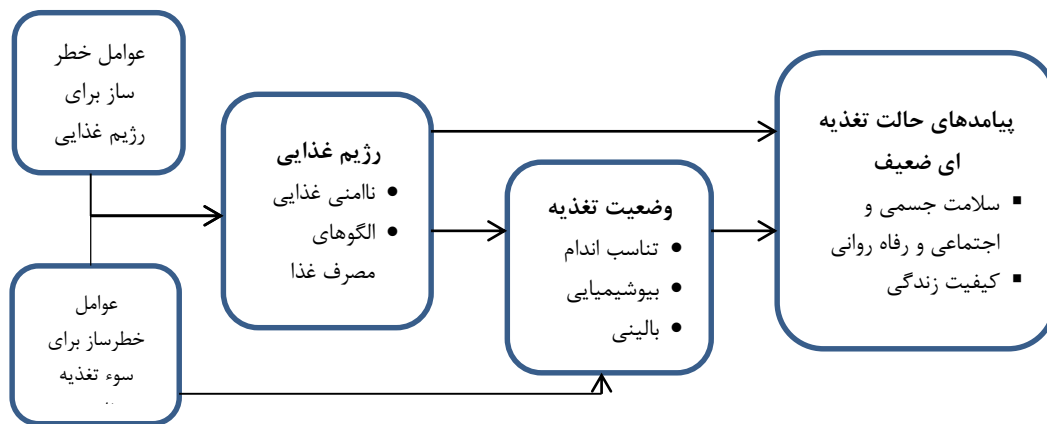
**Tinker (2000)** معتقد است که عوامل اصلی تعیین کننده سلامت زنان عوامل بیولوژیکی، عوامل روانشناختی، رفتارهای فردی، عوامل اجتماعی، عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی و دسترسی به خدمات بهداشتی و تغذیه‌ای می‌باشد. برای آنکه زنان تندرست باشند، باید نیازهای اساسی آنان را برآورد. این نیازها مشتمل بر: درآمد تضمین شده، شرایط کار سالم و زیست، خوراک و آب کافی و پاک، تعلیم و تربیت، و مراقبت‌های بهداشتی می‌باشند.

### مواد و روش تحقیق

این مطالعه یک مطالعه مروری - تحلیلی است که با هدف امنیت غذایی و سلامت خانوارهای شهری و روستایی (امنیت غذایی و سلامت زنان) با استفاده از منابع کتابخانه‌ای، جستجوی اینترنتی، مرور سایر منابع نظیر مقالات و ژورنال‌های مرتبط صورت پذیرفت.

## نتیجه گیری و پیشنهادات

امنیت غذایی یکی از فاکتورهای اصلی تأمین کننده سلامت فردی و اجتماعی است و ضامن توسعه و پیشرفت جامعه محسوب می شود و از چنان اهمیتی برخوردار است که بانک جهانی و فائو هدف توسعه هزاره سوم را امنیت غذایی معرفی نموده است (کوهی، ۱۳۹۳). با توجه به مطالب ارائه شده مشخص گردید، تمامی کشورها برای رسیدن به توسعه همه جانبه باید امنیت غذایی را برقرار کنند. امنیت غذایی دارای چهار بعد وجود داشتن غذا، دسترسی، بهره مندی و پایداری در عرضه و مصرف غذا می باشد. که در بعد بهره مندی به بررسی تغذیه صحیح پرداخته و با کمک شاخص های بهداشت، دسترسی به آب سالم، تغذیه سالم و با کیفیت و امنیت تغذیه ای سنجیده می شود. امنیت غذایی در اجتماع زمانی وجود دارد که برای همه اقشار جامعه یک رژیم غذایی قابل قبول و سالم از طریق سیستم غذایی پایدار فراهم شود و موجب تأمین سلامت، اعتماد به اجتماع و دسترسی برابر همه به غذا گردد. امنیت غذایی اجتماع به اقشار کم درآمد جامعه از طریق سیاست های کوتاه مدت، همچون اقداماتی نظیر آشپزخانه های خیریه، برنامه های غذایی اضطراری، صدقات و نذورات غذا کمک می کند. هر چقدر دسترسی به آب آشامیدنی سالم، متوسط هزینه های بهداشتی خانوار و امید به زندگی در بدو تولد یا متوسط سالهای انتظار زندگی بیشتر باشد، سلامت بیشتری در آن استان حکمران است و وضعیت امنیت غذایی بهبود میابد. در مقابل، هر چقدر تعداد کودک بیشتری فوت نموده و نوزادان کم وزن بیشتری به دنیا بیایند، سلامت ناحیه در خطر است و وضعیت امنیت غذایی تضعیف میشود. نداشتن امنیت غذایی و سوء تغذیه، بیشتر حاصل فقر است تا مشکل تولید و عرضه غذا و با اینکه در عرضه محصولات غذایی وضعیت کشور خوب است، دسترسی فیزیکی و اقتصادی جامعه روستایی به مواد غذایی چندان مناسب نیست و نزدیک به ۳۰ درصد جامعه روستایی امنیت غذایی ندارند. این امر بر سلامت جسمی و روحی روستاییان اثر منفی دارد و بر توسعه کشاورزی اثر منفی می گذارد سلامت به عنوان یکی از پیش شرط های اصلی نظام های رفاه اجتماعی شناخته شده است. سازمان جهانی بهداشت، حفاظت مردم در برابر هزینه های بیماری را به عنوان یکی از اهداف اصلی نظام سلامت تعیین کرده است. با رعایت تغذیه صحیح و متعادل از بسیاری از بیماری های غیر واگیردار مانند پرفشاری خون، بیماری های قلبی و عروقی، سکت و انواع سرطان ها پیشگیری می شود. علاوه بر تغذیه مناسب، تحرک بدنی منظم و ورزش و اصلاح سبک زندگی و بالارفتن کیفیت زندگی نقش بسزایی دارند. برنامه های آموزشی دولت و سازمان های محلی موجب ارتقای سطح سلامتی، اصلاح الگوی تغذیه ای و تحرک و فعالیت های بدنی منظم خانوارها و افراد می شود.



شاخص های مستقیم حالت تغذیه (DIRECT INDICATORS OF NUTRITIONAL STATE), (Olson, 1999).

با توجه به اهمیت امنیت غذایی و سلامت افراد پیشنهاد می شود امنیت غذایی خانوار و توسعه کشورها، نتایج امنیت تغذیه ای بر سلامت افراد، بررسی عوامل مختلف فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بر امنیت غذایی خانوارها، میزان اثربخشی برنامه های دولت بر امنیت غذایی جوامع، تاثیر کیفیت و کمیت رژیم غذایی در پیشگیری از بیماری ها و ..... در تحقیقات آتی مورد بررسی قرار گیرد همچنین ضروری است که سلامت و وضعیت تغذیه ای کودکان و بزرگسالان در مناطق شهری بررسی شود و اطلاعاتی دقیق و جزئی از مناطق شهری فقیر جمع آوری شود تا این داده ها و اطلاعات سیاستگذاران و برنامه ریزان را از وضعیت تغذیه ای مردم آگاه می سازد.

## منابع و مراجع

- [۱] شکوری، ع. (۱۳۸۳). امنیت غذایی و دسترسی آن به ایران. *نامه علوم اجتماعی*. شماره ۲۴، صص ۱۳۳-۱۶۰.
- [۲] محمد زاده، آ.، درستی مطلق، ا.، و اشراقیان، م.ر. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت امنیت غذایی خانوار و مصرف مواد غذایی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر اصفهان. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۱(۱)۷، صص ۳۸-۴۳.
- [۳] صفرخانلو، ا.، و محمدی نژاد، ا. (۱۳۹۰). بررسی اثر ضایعات نان بر خط فقر و شاخص امنیت غذایی خانوارهای شهری و روستایی ایران طی سالهای ۱۳۸۰ - ۸۶. *اقتصاد کشاورزی و توسعه*، سال نوزدهم، شماره ۷۵، ص ۵۶.
- [۴] [http://www.fao.org/fileadmin/templates/faotaly/documents/pdf/pdf\\_Food\\_Security\\_Coc\\_ept\\_Note.pdf](http://www.fao.org/fileadmin/templates/faotaly/documents/pdf/pdf_Food_Security_Coc_ept_Note.pdf)
- [۵] بختیاری، ص.، و حقی، ز. (۱۳۸۲). بررسی امنیت غذایی و توسعه انسانی در کشورهای اسلامی. *اقتصاد کشاورزی و توسعه*، سال یازدهم، شماره ۴۳ و ۴۴، صص ۲۱ - ۵۱.
- [۶] فتحی، ه. (۱۳۸۲). کشاورزی در جهان به سوی ۲۰۱۵-۲۰۳۰. *موسسه پژوهش‌های برنامه ریزی و اقتصاد کشاورزی*.
- [7] Food and Agriculture Organization. Agriculture Organization of the United Nations, Crop prospects and food situation, No.1, 2008, Available from URL:[www.fao.org/docrep/010/ah881e01.htm](http://www.fao.org/docrep/010/ah881e01.htm), accessed 18 June 2008.
- [8] Noori Naeni, S.m.s. (1999). The global dimensions of food security, Articles Collections of food security and agricultural development. Planning and Research Institute of Agricultural Economics, first edition, Tehran. (in Persian).
- [9] Expediency Discernment Council, Perspective Document of the Islamic Republic of Iran. (2003). Available from: <http://www.majma.ir>. (in Persian).
- [۱۰] کلاهدوز، ف و نجفی، ف (۱۳۹۲). سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه در ایران و تدوین اولین نقشه ی وضعیت امنیت غذایی در کشور (پژوهش سمپات). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، دفتر بهبود تغذیه جامعه.
- [۱۱] بخشی، م.، صمدی، م.، و برادران نصیری، م. (۱۳۸۷). تراز یابی جایگاه جمهوری اسلامی ایران در منطقه آسیای جنوب غربی بر اساس شاخصهای تبیین گر آسیب پذیری و امنیت غذایی. *مجله اقتصاد کشاورزی و توسعه*، ۱۶(۶۳)، ۱۶-۵۰.
- [۱۲] کرم سلطانی، ز.، درستی، ا.، اشراقیان، م.، سیاسی، ف.، و جزایری، ا. (۱۳۸۶). چاقی و امنیت غذایی در کودکان دبستانی شهر یزد. *مجله دانشکده علوم پزشکی تهران*. دوره ۶۵، شماره ۷، صص ۷۶ - ۶۸.
- [۱۳] بصیرت، ر.، صالحی ابرقوئی، ا.، و اسماعیل زاده، ا. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط عدم امنیت غذایی خانوار با چاقی دانش آموزان دبستانی شهر فرخ شهر. *کومش*. جلد ۱۳، شماره ۲، صص ۲۵۴ - ۲۶۴.
- [۱۴] میرزاده اهری، ز. و محمدی نصرآبادی، ف. و عینی زیناب، ح. و خسروی، م. و موسوی، ن. و آقاسی، م. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط اختلال افسردگی اساسی در زنان با ناامنی غذایی خانوار. *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۱۰(۱)، ۹-۲۰.
- [15] Cohen, M; & Garrett, j. (2009). The food price crisis and urban food (in)security. Human Settlements Working Paper Series Urbanization and emerging population issues - 2, p24.
- [۱۶] واحدی، م. (۱۳۹۳). <http://sharghdaily.ir/News>، شماره ۲۰۵۵ - ۱۳۹۳ پنج شنبه ۱۲ تیر، تاریخ دسترسی ۱۴ تیر ۱۳۹۶.
- [۱۷] استادر حیمی، ع. و محبوب، س. و توتونچی، ه. و دستگیری، س. و دادگر، ل. و (۱۳۸۵). میزان شیوع و گستردگی ناامنی غذایی از دو بعد گرسنگی عیان و گرسنگی پنهان در منطقه اسد آبادی تبریز، فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۸(۱)، ۶۶-۶۱.
- [18] Smith, L. C., El Obeid, A. E., & Jensen, H. H. (2000). The geography and causes of food insecurity in developing countries. *Agricultural economics*, 22(2), 199-215.
- [19] Tanumihardjo, S. A., Anderson, C., Kaufer-Horwitz, M., Bode, L., Emenaker, N. J., Haqq, A. M., ... & Stadler, D. D. (2007). Poverty, obesity, and malnutrition: an international perspective recognizing the paradox. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(11), 1966-1972.
- [۲۰] پیلتن، ف. و قانعی، ف. (۱۳۹۱). بررسی جامعه شناختی عوامل موثر بر سلامت عمومی (مطالعه موردی دانشجویان دانشگاههای شهر جهرم)، فصلنامه جامعه شناسی مطالعات جوانان، ۲(۵)، ۹۴-۷۳.
- [21] Vosoogh Moghaddam, A., Damari, B., Alikhani, S., Salarizadeh, MH., Rostamigooran, N., Delavari, AR. And Larijani, B., (2013). Health in the 5th 5- years

Development Plan of the I.R. of Iran: Main Challenges, General Policies and Strategies.  
Iranian J Publ Health; 42(1), pp. 41-49.

- [22] Dessoco . J., Hotman. J. (2004). "Childrens' mental health and school success, maltomah". The Journal of School Nursing, Vol. 20. No. 31.

[۲۳] محسنی تبریزی، ع. (۱۳۷۷). طرح ملی بررسی راههای جلب مشارکت مردمی در برنامه های توسعه پایدار کشاورزی در روستاهای منطقه گرمسار. تهران: دانشکده علوم اجتماعی، مؤسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی.

[۲۴] نصیری بهاره، هاشمی فشارکی مریم السادات، بدوی فاطمه و بختیاری آمنه (۱۳۹۳). امید و رضایت از زندگی و سلامت روان در میان زنان در جمهوری ترکیه.

[۲۵] بنی فاطمه حسین، شهم فر جعفر، علیزاده اقدام محمدباقر و عبدی بهمن (۱۳۹۳). سنجش سطح سلامت شهروندان تبریزی و بررسی تاثیر تحصیلات و جنسیت بر آگاهی های بهداشتی، سبک زندگی سلامت محور و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت.

- [26] Tinker, A. G., Finn, K., & Epp, J. E. (2000). Improving Women's Health: Issues & Interventions. World Bank.

[۲۷] کمال کوهی. (۲۰۱۶). ناامنی غذایی و سرمایه اجتماعی، فصلنامه علمی- پژوهشی اخلاق زیستی، ۴(۱۱)، ۱۶۵-۱۹۶.

- [28] Olson, C. M. (1999). Nutrition and health outcomes associated with food insecurity and hunger. The Journal of nutrition, 129(2), 521S-524S.