

تغذیه مبنای توسعه

ترجمه :

دکتر رضا امانی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

داوودوهاب زاده

دانشجوی کارشناسی ارشد علوم تغذیه

مقدمه مترجمین:

این اثر ترجمه مجموعه **Nutrition: A Foundation for Development** است که در ۱۲ فصل توسط کمیته تغذیه سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۲ منتشر شده است. نویسندگان این مجموعه کارشناسانی در سطح بین‌المللی هستند که هر یک از دیدگاهی کلان به جایگاه تغذیه در توسعه پرداخته‌اند. مخاطبین اصلی این کتاب در ابتدا سیاستگذاران، وزیران، دولتمردان و برنامه‌ریزان کلان‌کشورها و در قدم بعد سازمان‌ها، مشاوران و پژوهشگران در سطح ملی هستند. در متن این کتاب هر جا صحبت از «تغذیه» و «توسعه» شده است منظور کلیه عوامل مرتبط با جنبه‌های تغذیه‌ای و توسعه بوده است و طبعاً این مجموعه کلیه سازمان‌های بهداشتی، درمانی، آموزشی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی - اعم از دولتی و خصوصی - را در بر می‌گیرد. نظر به اینکه از دیرباز تا کنون جای خالی چنین مجموعه‌ای احساس می‌شده است، امیدواریم که این اثر در بهبود جایگاه تغذیه در کشورمان مؤثر واقع شود. ما معتقدیم که هر اثری نواقصی نیز دارد و از این لحاظ مترجمین خود را از نظرات ارشادی صاحب‌نظران هیچ‌گاه بی‌نیاز نمی‌دانند.

دکتر رضا امانی - داوود وهاب زاده

تابستان ۱۳۸۴

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۴	فصل اول- مستند سازی
۱۲	فصل دوم- تغذیه و آموزش
۲۲	فصل سوم- تغذیه و جمعیت
۳۱	فصل چهارم- تغذیه و بهداشت
۳۹	فصل پنجم- تغذیه و محیط زیست
۴۷	فصل ششم- تغذیه و کشاورزی
۵۸	فصل هفتم- تغذیه و جنسیت
۶۹	فصل هشتم- تغذیه و فقر
۸۰	فصل نهم- تغذیه و بحران
۹۲	فصل دهم- تغذیه و حقوق بشر
۱۰۴	فصل یازدهم- تغذیه و جوامع
۱۱۶	فصل دوازدهم- تغذیه و سیاست

فصل اول

مستند سازی

فصل اول - مستند سازی

در ۲۰ سال گذشته صدها میلیون نفر از بهبود استانداردهای زندگی بهره مند شده اند. بیشتر کشورها ارتقاء امید به زندگی، رشد سرانه تولید غذایی و تولید ناخالص داخلی، افزایش ثبت نام در مدارس، تغییرات مفید در وضعیت زنان، بهبود دسترسی به مراقبت های بهداشتی اولیه و آب سالم و افزایش توجه به حقوق انسان را تجربه کرده اند.

در هر حال کار تمام شده نیست. بعضی کشورها و مناطق فقط تغییرات جزئی داشته اند و در مواردی هیچگونه تغییری نداشته اند، بویژه در نواحی آفریقایی، آسیای مرکزی و جنوبی، آمریکای مرکزی و خاور نزدیک تلاش جهت بهبود بخشیدن رفاه اجتماعی با شکست مواجه شده است. به طور کلی در کشورهای در حال توسعه به جز چین تلاش جهت کاهش میزان فقر و محرومیت تا سالهای ۱۹۹۰ موفقیت آمیز نبوده است، تعداد کودکانی که در سنین پایین دچار کاهش رشد شده اند، به کندی کاهش یافته و تعداد کودکانی که به ایدز یا HIV آلوده شده اند، افزایش قابل توجهی پیدا کرده است. (جدول ۱ برخی شاخص های توسعه مرتبط با غذا و تغذیه را نشان می دهد).

افزایش در تولیدات کشاورزی و آبی در آینده زمینه را برای سستی زمین های کشاورزی، تغییر الگوی آب و هوایی جهان و افزایش جمعیت فراهم خواهد ساخت. در پشت پرده روند جهانی شدن تجارت، سرمایه گذاری، کار و اطلاعات، نابرابری در بین کشورها و تا حدودی نیز در داخل کشورها در حال افزایش است. حتی اگر این شکاف بین فقیر و غنی به قیمت از دست رفتن یکسری استانداردهای زندگی فقیران تمام نشود، افزایش نابرابری از راه های مختلف رشد و توسعه را تهدید خواهد کرد. این پدیده نه تنها موجب بی ثباتی اقتصادی و سیاسی می شود بلکه در نهایت بحران را بدنبال خواهد آورد. سیاست ها و تغییرات جدید

سازمانی، فن آوری مدرن و منابع تازه در تسریع روندهای مثبت و خنثی کردن عوامل منفی نقش حیاتی دارند. این مجموعه کوچک بیانگر آن است که تغذیه خوب یک عامل بنیادین برای توسعه است، که می تواند تلاش ها جهت خلق منابع جدید، فن آوری، تجسم، آفرینش و ایجاد سازمانهای جدید و مشارکت جهت رفاه جهانی را امکان پذیر سازد.

اهداف توسعه هزاره (که در کادر ۱ آمده) آمال و آرزوهای توسعه جامعه جهانی را در نسل آینده به صورت خلاصه فرا روی ما قرار می دهد. که این اهداف توسط ۱۸۹ کشور در مجمع هزاره سازمان ملل متحد تهیه گردیده و مجموعه اهداف آرمانی در ۲۰ سال آتی خواهد بود. این مجموعه به طور خلاصه نشان می دهد که چگونه تغذیه می تواند نقش کلیدی در عینیت بخشی و تحقق هر کدام از این آرزوها داشته باشد.

جدول ۱- شاخص های سوء تغذیه و فقر در کشورهای در حال توسعه

شاخص	میزان (همه کشورهای در حال توسعه) (توسعه)	روند (همه کشورهای در حال توسعه)
کوتاهی قد (قد برای سن پایین) در دوران پیش دبستانی	۱۸۱/۹۲ میلیون	طبق روند فعلی پیش بینی شده که تا سال ۲۰۳۰ تقریباً به نصف برسد.
کم وزنی (وزن برای سن پایین) پیش دبستانی	۱۴۹/۶۳ میلیون	طبق روند فعلی پیش بینی شده که تا سال ۲۰۳۰ تقریباً به نصف برسد.
لاغری (وزن برای قد پایین) پیش دبستانی	۵۰/۵۹ میلیون	آماري وجود ندارد.

کمبود ویتامین A	کودکان پیش دبستانی با علائم کمبود تحت بالینی: (۲۵-۷۵ میلیون (جهانی)).	آماري وجود ندارد.
شیوع کم خونی	۴۳ درصد (۱۹۹۸)	آماري وجود ندارد.
کمبود ید (درصدی که دچار گواتر شده اند).	۳۸ درصد (جهانی)	آماري وجود ندارد.
تعداد مبتلایان به سوء تغذیه (تعداد افرادی که دارای کمبود تأمین انرژی بوده اند).	۷۷۷ میلیون نفر	طبق روند فعلی پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۵ به نصف تقلیل یابد.
میزان فقر (درصدی که درآمد کمتر از یک دلار در روز دارند).	۲۴ درصد	اگر چین محسوب نشود، درصد افرادی که دارای درآمد روزانه کمتر از یک دلار هستند در دهه ۱۹۹۰ ثابت مانده است.

مجموعه حاضر روی علل سوء تغذیه متمرکز نیست بلکه عواقب تغذیه خوب را مورد ارزیابی قرار می دهد. به عنوان مثال ما می دانیم که فقر سوء تغذیه را افزایش می دهد. ولی جهت عکس قضیه نیز صادق است، یا به عبارت دیگر تغذیه خوب فقر را کاهش می دهد. بحث هایی مشابه در حیطه های دیگر مانند جنسیت، آموزش، حقوق انسانی و بهداشت نیز می تواند مطرح شود. این مجموعه بر این نکته تاکید دارد که تغذیه خوب کشورها را قادر به دستیابی به اهدافی می کند که جهت تسریع توسعه و پیشرفت حیاتی هستند و این امر بهترین نوع سرمایه گذاری است.

هنوز علیرغم سالها تلاش برای تغذیه، بیشتر کشورهای در حال توسعه و آژانس های توسعه به طور کافی جایگاه تغذیه را در سیاست ها و راهبردهای خود نمی شناسند. یک دلیل آن رقابت برای منابع در بین بخش های مختلف و عدم توافق در راهبردهای توسعه آنهاست. متأسفانه هنوز در زمینه های اصلی رقابت، حامیان تغذیه بر این بحث می کنند که سوء تغذیه تنها از جهت اهداف انسانی و انسان دوستانه باید از جامعه زدوده شود. این گونه بحث ها درست و قابل قبولند، زیرا غذا و تغذیه کافی از اولین و اساسی ترین حقوق انسانهاست. اما در عین حال، تغذیه یک عامل اساسی در پیشرفت اجتماعی-اقتصادی و یک مسیر میان بر مهم است. بحث های مختلف این مجموعه سهم و نقش تغذیه در توسعه حیطه های مختلف را به طور خلاصه بیان می کند و توانایی آن را در سرمایه گذاری های موفقی روشن می سازد که به طور همزمان هم اهداف تغذیه ای و هم اهداف غیر تغذیه ای را مورد نظر قرار می دهند.

کادر ۱: اهداف توسعه هزاره

ریشه کنی فقر و گرسنگی شدید
دستیابی به آموزش ابتدایی در سطح جهانی
ارتقاء برابری جنسی و توانمند نمودن زنان
کاهش مرگ و میر کودکان
بهبود سلامتی مادران
رفع ایدز/ HIV، مالاریا و بیماریهای دیگر
حفاظت از محیط زیست
ارتقاء مشارکت جهانی برای توسعه

این مجموعه در قدم اول برای کارشناسان توسعه سودمند می باشد که به طور مداوم روی برنامه ها و سیاست های تغذیه کار نمی کنند ولی اهداف آنان متوجه حرفه ها و مشاغل تغذیه است. همچنین این مجموعه قصد دارد که دامنه بحث ها را در مورد سرمایه گذاری روی تغذیه بسط و توسعه داده و نیز بیانگر این مطلب است که تغذیه علاوه بر رفع مشکل فقر غذایی، چه توانایی های دیگری دارد.

در نهایت، ما امیدواریم که این مجموعه زمینه بحث ها و همکاری ها بین حامیان تغذیه و افراد یا گروههایی را که مرتبط با دیگر اهداف توسعه هستند، فراهم سازد.

هر قسمت از این مجموعه پیشرفت های اخیر را در یک بخش کلیدی توسعه معرفی می کند و نقش بالقوه تغذیه را در آن بخش آشکار می سازد و نشان می دهد که چگونه فعالیت های آن بخش می تواند تغذیه را ارتقاء ببخشد. به عنوان مثال:

✓ سرمایه گذاری روی تغذیه دختران می تواند به پیشرفت وضع زنان کمک کند و گرایش به سوی خانواده کوچکتر را افزایش دهد.

✓ توجه به تغذیه می تواند کشاورزی را از طریق مرتبط نمودن آن با نیاز مصرف کنندگان پر رونق تر سازد و همچنین فعالیت های زیست محیطی را با در نظر گرفتن عادات غذایی مردم عملی تر و با ثبات تر سازد.

✓ بهبود تغذیه مهمترین قدم اولیه در بالا بردن سرمایه افراد و کاهش فقر می باشد.

✓ تغذیه خوب می تواند زمینه های ناسازگاری و تضاد را از میان بردارد.

✓ برنامه ریزی تغذیه می تواند فرآیندهای مشارکتی را که حقوق و قوانین بشری را ارتقاء می دهند و تمرکز زدایی موفقیت آمیز را تسهیل می کنند، بهبود بخشد.

✓ تغذیه بهتر با بهبود توان ایمنی بدن، مقاومت در برابر بیماری را بالا برده، در پیشگیری از بیماریهای غیر واگیر نظیر دیابت مؤثر می باشد.

این مجموعه به طور خلاصه نشان می دهد که چگونه عوامل تغذیه ای می توانند توانایی دیگران را جهت درک نقطه تلاقی بین برنامه های عملی تغذیه و ارزش ها، باورها و اعتقادات بالاتر ببرند. در پایان هر بخش منابع دیگر جهت مطالعه بیشتر معرفی می گردند.

در جوامعی که در حال بهبود منابع توسعه اندک خود هستند، سرمایه گذاری های تغذیه ای حیاتی به شمار می روند. چنین سرمایه گذاری هایی دارای اثرات توسعه ای مثبت وسیعی هستند که می تواند توسط کارگزاران مختلف توسعه در بخش های مربوطه صورت گیرد.

منافع بی‌شمار سرمایه‌گذاری‌های تغذیه‌ای و سهولت آن باعث می‌شود که تغذیه به چنان ابزار قدرتمندی تبدیل شود که ما را به هدف ارزشمند «زندگی بهتر برای همه مردم» برساند.

Suggested Reading:

- **ACC/SCN (United Nations Administrative Committee on Coordination / Subcommittee on Nutrition). 2000. Fourth report on nutrition situation.**
- **Geneva: ACC/SCN in Collaboration with the International Food Policy Research Institute.**
- **FAO (Food and Agriculture of the United Nations).2001.The state of food insecurity in world .Rome**
- **Haddad, I .2002. Buring nutrition myth and activating choices forour children s development.African Journal of Fod and Nutrition Sciences (forthcoming).**
- **United Nations General Asembly .2001.Road map towards the implementation of the united nations.Mellennium Declaration .Report of the Secretary General New York.**
- **World Bank .2002.World development report 2000/2001: Attacking poverty.New York: Oxford University Press for the World Bank.**

فصل دوم

تغذیه و آموزش

فصل دوم - تغذیه و آموزش

هیچ ملتی نمی‌خواهد بزرگترین سرمایه ملی‌اش را که همانا بهره‌هوشی و استعدادی مردمان آن می‌باشد، بیهوده هدر رود. اما جائیکه بدنیا آمدن کودکان کم‌وزن رایج است و کودکان نمی‌توانند رشد و توانایی بالقوه خود را کسب کنند، کمبود ریز مغذی‌ها همواره آسیب‌ها و عقب‌ماندگی‌های مغزی را موجب می‌شود و کم‌خونی و گرسنگی‌های طولانی مدت مانع پیشرفت کودکان در مدرسه می‌گردد، واقعاً چه اتفاقی رخ می‌دهد؟ در دنیای کنونی آنچه به‌طور روزافزون توانایی و قدرت ملی را تعیین می‌کند، توان‌هوشی و استعدادی است نه منابع فیزیکی یا طبیعی. چگونه ملتی که ۲۵-۲۰ درصد جمعیت آن هوش و استعداد خویش را از دست داده‌اند، می‌تواند در سطح بین‌المللی رقابت کند. از آنجائیکه انقلاب زنده نگه داشتن کودکان با موفقیت به پایان رسیده است، اکنون زمان آن فرا رسیده تا بر روی بهبود کیفیت و سلامت زندگی این حیات‌یافتگان متمرکز شویم.

تغذیه خوب ضروری است به شرطی که یادگیری نیز صورت پذیرد.

در دنیای امروزی سرمایه‌گذاری روی تغذیه یک ضرورت است نه یک تجمل‌گرایی. مروری سریع بر دلایل و شواهد موجود اهمیت تغذیه در بهره‌هوشی و توانایی یادگیری را خاطر نشان می‌سازد. ۳۶ درصد کودکان زیر ۵ سال عقب‌مانده رشدی هستند (قد برای سنشان پایین است). این عدد ممکن است در مورد کودکان سنین دبستان به ۵۰ درصد برسد. عقب‌ماندگی رشدی حتی در موارد خفیف یا متوسط با کاهش بارز در ظرفیت یادگیری و پیشرفت تحصیلی همراه است که نهایتاً منجر به کاهش مولد بودن نیروی کاری می‌گردد. به

طور تقریبی ۱/۶ میلیارد نفر سطح جهان دارای کمبود ید هستند. کمبود ید با کاهش چشمگیر ۱۳/۵ درصدی در IQ (ضریب هوشی) همراه است.

کمبود در کودکان سنین مدرسه منجر به کاهش عملکرد شناختی و یادگیری می گردد و در دوران جنینی اثرات بارز و غیر قابل جبرانی را بر ظرفیت روانی و یادگیری کودک دارد. کرتینیسیم که ناشی از کمبود ید در کودکان است هنوز در مناطق کوهستانی و مناطق سیل گیر به وفور وجود دارد.

۱۷ درصد نوزادانی که کم وزن متولد می شوند (زیر ۲/۵ کیلوگرم) دارای ظرفیت شناختی پایین تری در دوران نوزادی خواهند بود و این اثر تحت الشعاع سوء تغذیه است. در بلند مدت کودکانی که با وزن پایین بدنیا آمده اند در دوران دبستان توجه و تمرکز حواس کمتری خواهند داشت.

۵۳ درصد کودکان سنین مدرسه از کم خونی فقر آهن رنج می برند. کاهش توانایی یادگیری در محدوده یک انحراف معیار هم در کودکان سنین مدرسه و هم در نوزادان با کم خونی ارتباط دارد.

افت در پیشرفت تحصیلی کودکان دبستانی نیز متعاقب کم خونی رخ می دهد. زمانیکه کودکان بدون صبحانه به مدرسه می روند، توانایی و عملکرد آنان در محدوده ۰/۱ انحراف معیار (۴صدک) پایین می آید. البته این امر تنها در کودکان دچار سوء تغذیه یا سابقه غذایی نامناسب مشاهده شده است. تغذیه به طور غیر مستقیم و موثر روی پیشرفت تحصیلی تاثیر می گذارد. کودکان دچار سوء تغذیه (کودکان دارای قد برای سن کوتاهتر) نسبت به کودکان بهتر تغذیه شده دیرتر به مدرسه می روند. این مسئله ممکن است به خاطر این باشد که پدر و مادر تصور می کنند هنوز فرزندشان کوچکتر از آن است که به مدرسه برود (به خاطر اینکه قد

کوتاهتری نسبت به دیگر کودکان همسن خود دارد) و به اندازه کافی بزرگ نشده است و یا شاید به خاطر این باشد که آنان بیشتر روی کودکان خوب تغذیه شده سرمایه گذاری می کنند. در هر صورت، دیر ثبت نام کردن بر مشکلات مربوط به کمبودهای تغذیه ای در بهره هوشی و استعداد می افزاید. دلایل و شواهد فراوانی وجود دارند که نشان می دهند افزایش قد مناسب هم از طریق توانایی فیزیکی و هم از طریق ظرفیت یادگیری و پیشرفت تحصیلی در افزایش کسب درآمد و مولد بودن در دوران میانسالی نقش دارد. بررسی یافته هایی از ایالت متحده نشان می دهد که یک پوند (۴۵۰ گرم) افزایش وزن در هنگام تولد افزایش ۷ درصدی در عایدات زندگی را بدنبال دارد. مطالعه دیگری در برزیل نشان می دهد که ۱ در صد افزایش قد، بهبود ۲/۴ در صد در آمد مردان را بدنبال دارد.

اثر پیشرفت های شناختی مربوط به تغذیه به تنهایی ۱/۳ به ۱ می باشد (یعنی به ازای هر ۱ درصد افزایش قدرت شناخت و یادگیری ناشی از تغذیه مناسب افزایش ۱/۳ درصدی در عایدات زندگی وجود دارد).

بهبود یادگیری از طریق تغذیه:

چگونه میتوان این مشکلات را حل نمود؟ سه سال اول زندگی به اضافه دوران زندگی جنینی مهمترین دوره ها از نظر تکامل روحی، فیزیکی و عاطفی هستند. در طی این دوره های حساس زمانی است که سرمایه اساسی انسان شکل می گیرد. بیشتر عقب ماندگی های رشدی در بین ۶ ماهگی تا ۲۴ ماهگی رخ می دهد. تنها بخشی از آسیب های اولیه ناشی از کم خونی، کمبود ید و سوء تغذیه مزمن در دوره های بعدی زندگی قابل جبران است. بنابراین برنامه های پیشگیری باید در اولویت اصلی قرار گیرد. بهداشت، تنظیم خانواده و برنامه های تغذیه زنان قبل و طی

دوران بارداری بسیار حساس هستند از این جهت که مادر و کودک بتوانند دوران بارداری و زایمان موفقیت آمیزی را در بهترین شرایط روحی و فیزیکی تجربه کنند. پس از تولد، برنامه های ارتقای رشد و تکامل، برنامه های جامع بهداشتی اولیه در کودکان و آموزش والدین بسیار مهم و دارای هزینه-اثر بخشی بالایی هستند. بازگشت سرمایه در برنامه های ارتقاء رشد و ریز مغذی ها از ۷ به ۱ تا ۸۴ به ۱ متفاوت است. برآورد می شود که سرمایه گذاری روی برنامه های تکامل کودک در سال های اول زندگی میزان هزینه-اثر بخشی حدود ۲ به ۱ داشته باشد. تجویز مکمل یاری با پروتئین و آهن جهت پیشگیری از کمبود ریز مغذی ها در دو سال اول زندگی منافع آن را در پیشبرد تکامل هوش و استعداد کودکان تا ده سالگی به وضوح نشان داده است.

غنی سازی هدفمند غذاهای کمکی دارای هزینه-اثر بخشی بالایی است و با ریشه کن کردن بیشتر کم خونی ها در سوئد و ایالات متحده اعتبار لازم را کسب کرده است. برنامه های غنی سازی غذا (مانند ید دار کردن نمک و غنی سازی اقلام غذایی اساسی با آهن) در بیشتر موارد کمبود ریز مغذی ها در کل جمعیت ارزان و مؤثر هستند. تلاش ها و راه کارهای مؤثر در مورد کودکان سنین بالاتر مانند برنامه های دوران پیش دبستانی، برنامه بهداشت و تغذیه مدارس و آموزش نوجوانان می تواند کودکان را یاری کند تا در مدرسه بهتر عمل کنند. اما به دلیل عدم وجود مداخلات قبلی در دوران قبل از مدرسه، اغلب کودکان به صورت «کالاهای معیوب» وارد دبستان می شوند. در نظر گرفتن حمایت های روانی - اجتماعی همراه با مکمل یاری تغذیه ای ضروری است.

سوء تغذیه مزمن مجموعه ای از مسایل را فراهم آورده که نیاز به تصحیح دارد و مجموعه ای از مداخلات تغذیه ای و روانی - اجتماعی می تواند اثر بهتری در رشد فیزیکی و تکامل شناختی نسبت به تک تک مداخلات به تنهایی داشته باشد.

بحث های زیادی در مورد این مساله وجود دارد که آیا کودکان سنین مدرسه خصوصاً نوجوانان می توانند رشد فیزیکی و توانایی روحی مورد انتظار را کسب کنند.

اگر چه احتمالاً کودکان آسیب پذیرترین گروه نسبت به اثر کمبودهای تغذیه ای در سال های اول زندگی می باشند و بعضی از این اثرات ممکن است غیر قابل جبران باشد، اما هنوز امکان زیادی وجود دارد که بتواند جهت بهبود بخشیدن توانایی یادگیری در کودکان سوء تغذیه ای اقداماتی صورت گیرد.

سوء تغذیه در بین کودکان سنین مدرسه خصوصاً در آسیای جنوبی و آفریقا شایع است و وضعیت تغذیه ای آنان در سال های مدرسه نامطلوب تر می شود. به هر حال درباره اینکه چگونه این عقب افتادگی ها می توانند جبران شوند، اطلاعات کمی وجود دارد. کم خونی یکی از مشکلات عمده و فراگیر در کودکان سنین مدرسه است. انگل زدایی و مکمل یاری آهن یا برنامه های غنی سازی می تواند این کودکان را یاری کند تا بهتر یاد بگیرند. برنامه تغذیه مدارس خصوصاً دادن صبحانه و میان وعده های صبح می تواند کودکان را هوشیارتر نگه دارد، اما هزینه بالای چنین برنامه هایی مستلزم برنامه ریزی های سطوح عالی تر و تحقیقات بیشتر در مورد اثرات مفید آنها بر سوء تغذیه می باشد.

نتیجه:

سوء تغذیه توانایی هوشی و استعداد ملی را محدود می کند و تاثیر عمده ای از ابتدای بارداری تا پس از تولد دارد. آسیب های جبران ناپذیری به تکامل فیزیکی، روحی و اجتماعی کودکان در طی این دوره وارد می شود. بهداشت اولیه، تغذیه و حمایت روانی- اجتماعی می تواند از سوء تغذیه و اثرات آن بر یادگیری جلوگیری کند، این تعامل قوی بین محرک روانی- اجتماعی و تغذیه خاطر نشان می سازد که توجه کامل و جامع به کودکان این سنین بسیار حیاتی است و دوران کودکی هزینه- اثربخش ترین دوره جهت سرمایه گذاری برای آموزش می باشد.

برنامه های مداخلاتی بعدی در مورد کودکان سنین مدرسه، جهت سنجش بهبود عملکرد کودکانی که دارای زمینه های قبلی سوء تغذیه و کمبود هستند، سودمند می باشد. تلاش های وسیعی باید جهت پیشگیری از سوء تغذیه قبل از تولد به شکل سرمایه گذاری اولویت دار در قالب آموزش و رشد اقتصادی صورت گیرد.

Suggested Reading:

ACC/SCN (United Nations Administrative Committee on Coordination/Sub-Committee on Nutrition).1998.Nutrition of the school-aged child.SCN, news, Number 16.Geneva: ACC/SCN.

----.2000.fourth report on the world nutrition situation.Geneva: ACC/SCN in collaboration with IFPRI.

Alderman, H., J.Behraman, V.lavy, and school enrollment.Policy Research Working Paper 1700.World Bank, Washington, DC.

Agarwal, K.N.D.K., and S.K Upadhyay .1995 .Impact of chronic undernutrition on higher mental functions in Indian boys aged 10-12 years .Acta Paediatrica 84:1357-1361.

Behrman, J., and M.Rosenzweig 2001.the returns to increasing body weight.Department of Economics, University of Pennsylvania, Philadelphia, Penn, USA.Photocopy.

Fentiman A., A.Hall, and D.A.P.Bundy.1999.School enrollment patterns in rural Ghana: A comparative study the impact of Location, gender and health on children's access to basic schooling .Comparative Education 35(3):331-349.

Glewe, P., and H.Jacoby.1995.An economic analysis of delayed primary school enrollment in low income country .The role of childhood nutrition .Review of Economics and Statistics 77(1):156-169.

Grantham-McGregor, S.M.1998.Small for gestational age, term babies, in the first six month of years of life.Europeav Journal of Clinical Nutrition 52(suppl.1):S59-S64.

Grantham-McGregor, S.M., C.Powell, and P.Fletcher.1989.Stunting, severs mahnutrition and mental development in young children.European Journal of Clinical Nutrition 43(2):403-409.

Grantham-McGregor, S.M., C.A.Powell, S.p.Walker, and J.H.Himes.1991 Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: The Jamaican Study.Lancet 338(July):1-5.

Grantham-McGregor, S.M., S.PWalker, and S.Chang.2000.Nutritional deficiencies and later behavioral development.Proceedings of the Nutrition Society 59:1-8.

Hack, M.1998.Effects of intrauterine growth retardation on mental performance and behavior: Outcomes during adolescence and adulthood.European Journal of Clinical Nutrition 52:S65-S71.

Haddad, L., H.Bouis.1991.The impact of nutritional status on agricultural on agricultural productivity: Wage evidence from the Philippines.Oxford Bulletin of Economics and Statistics 53(1):45-68.

Huda, S.N., S.M.Grantham-McGregor,K.M.Rahman, andA.Tomkins.1999.Biochemical hypothyroidism secondary to iodine deficiencies is associated with poor school achievement and cognition in Bangladeshi children.Journal of Nutrition 129 (5):980-987.

Karoly,L.A.,P.W.Greewood ,S.S.Everingham ,J.Hoube,R.M.Kilburn,C.P.Rydell,M.Sanders,and J.Chiesa.1998.Investing in our children:What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions.Santa Monica,Calif.,USA:Rand.

Mendez, M.A., and L.S.Adair.1999.Severity and timing of stunting in the first two years of life affect performance on cognitive tests in late childhood .Journal of Nutrition 129(8):1555-1562.

McKay, H., L.Sinisterra, A.Mckay, H.Gomez, and P.Lioreda.1978.Improving cognitive ability in chronically deprived children.Science 200:270-280.

Partnership for Child Development .1998.The anthropometric status of schoolchildren in five countries in Partnership for Child Development.Proceeding of the Nutrition Society 57(1):149-158.

Pollitt, E.1993.Iron deficiency and cognitive function .Annual Review of Nutrition 13:521-537.

Pollitt, E., K.S.Groman, P.L.Engle, R.Martorell, and J.Rivera.1993.Early supplementary feeding and cognition.Monographs of the Society for Child Development 58(7, Serial No.235):1-98.

Simeon, D.T., and S.M.Grathman-McGregor.1990.Nutritional deficiency and childrens behaviour and mental development .Nutritional Research Review 3:1-24

Soemantri, A.G., E.Pollitt, and L.Kim.1985.Iron deficiency anemia and educational achievement.American Journal of Clinical Nutrition 42(6):1221-1228.

Strauss, J., and D.Thomas.1995.Human resources: Empirical modeling of household and family decisions.In Handbook of development economics, Vol.3, ed.J.R.Behrman and T.N.Srinivasan.Amsterdam: North-Holland.

-----1998.Health, Nutrition, and Economic Development.Journal of Economic Literature 36(2):766-817.

UNICEF (United Nations Children's Fund).1999.State of the worlds children.New York.

Waber, D.P., L.Vuori-Christiansen.N.Ortiz, J.R.Clement, N.E.Christiansen, J.O.Mora.R.B.Reed, and M.G.Herrera.1981.Nutritional supplementation, maternal education, and cognitive development of infants at risk of malnutrition.American Journal of Clinical Nutrition 34(4):807-813.

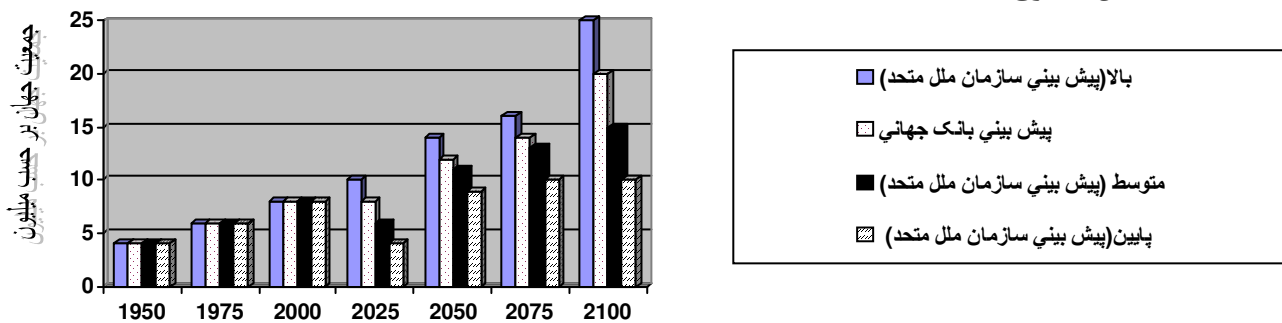
فصل سوم

تغذیه و جمعیت

فصل سوم - تغذیه و جمعیت

در طی نیمه دوم قرن بیستم جهان تغییرات جمعیتی بی سابقه ای را تجربه کرد. طبق برآوردهای سازمان ملل متحد جمعیت جهان در سال ۱۹۵۰، ۲/۵۲۱ میلیارد نفر بود و تا اواسط سال ۲۰۰۰، به ۶/۰۵۵ میلیارد نفر رسید. این یک متوسط رشد سالانه ۱/۷۵ درصدی کل جمعیت جهان و رشد ۲/۰۹ درصدی را برای کشورهای در حال توسعه نشان می دهد. در همان زمان امید به زندگی در سطح جهان در عرض ۱۵ سال ۹/۵ سال افزایش پیدا کرد. (در سال های ۱۹۵۰-۵۵ تا ۷۰-۱۹۶۵ از ۴۶/۵ سال به ۵۶ سال رسید) و در کشورهای در حال توسعه نیز به میزان ۱۱/۳ سال بالاتر رفت. (یعنی امید به زندگی در این کشورها از ۴۰/۹ سال به ۵۲/۲ سال رسید) که مشخصاً سریعترین گام در تاریخ بشری بوده است. آخرین یافته ها مربوط به موالید نشان می دهد که جمعیت جهان احتمالاً در سال ۲۰۳۰ به بالاترین حد خود یعنی ۸ میلیارد نفر خواهد رسید و پس از آن روند رو به کاهشی را برای بقیه قرن در پیش خواهد گرفت (شکل ۱).

شکل ۱: طرح های جمعیت جهان، از ۱۹۵۰ تا ۲۱۰۰



منبع: یونیسف، وضعیت کودکان جهان سال ۲۰۰۰ (نیویورک)

برنامه هایی که قصد داشته باشند روند رشد جمعیت را کاهش داده، کیفیت زندگی را با وجود افزایش جمعیت بهبود بخشند موفقیت آمیزترین برنامه ها خواهند بود مشروط بر اینکه ارتباط بین تغییرات جمعیتی و تغذیه را در نظر بگیرند.

روابط بین تغذیه و تغییر جمعیت:

تغذیه و تغییرات جمعیت از ابعاد مختلفی به هم مرتبط هستند. ابتدا اینکه توانایی یک جمعیت در تغذیه خویش عامل اصلی در میزان باروری و مرگ می باشد. وضعیت تغذیه مادران در بارور بودن آنان و نهایتاً مولد بودن جامعه تاثیر می گذارد. این ارتباط در حین قحطی ها که میزان موالید به طور قابل توجهی کاهش می یابد، به خوبی نشان داده شده است. به علاوه، تغذیه خوب به میزان مرگ و میر کودکان، نوزادان و مادران را کاهش می دهد. زنده ماندن کودکان به کند نمودن رشد جمعیت کمک می کند از این جهت که فاصله بین تولدها را بیشتر کرده و نیاز به تشکیل خانواده های بزرگ را کاهش می دهد. از سوی دیگر، بارداری های کمتر خطر مرگ و میر مادران را پایین می آورد. مادران خوب تغذیه شده به دلایل متعدد شانس بیشتری را جهت زنده و سالم بدنیا آوردن نوزادشان دارند. جلوگیری از عقب ماندگی رشد دختران به آنان اجازه می دهد تا حداکثر پتانسیل رشد خود را کسب کنند (از جمله رشد مناسب حفره لگن) و همچنین عوارض زایمانی و خطر بدنیا آوردن کودکان کم وزن را در آنان کاهش می دهد. برنامه های رفع کمبود ریز مغذی ها از طریق کاهش هموراژی، سپسیس، آنمی و اکلامپسی تا حدود ۴۴ درصد مرگ و میر مادران را کاهش می دهد. دریافت کافی ید و فولات در مادران نواقص مادرزادی، آسیب های مغزی جنینی و خطر سقط را پایین می آورد.

بعد از تولد، نوزادانی که از تغذیه خوب برخوردارند شانس بهتری برای زنده ماندن دارند. کودکانی که به سوء تغذیه های متعدد مبتلا می شوند احتمال مرگ و میر آنان نسبت به کودکان خوب تغذیه شده حدود ۸ برابر بیشتر است و در کودکانی که با شیر خشک تغذیه می شوند میزان مرگ و میر نسبت به کودکان تغذیه شده با شیر مادر ۱۴ برابر بیشتر است. نقش برنامه های مکمل یاری با ویتامین A در کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در آسیا و آفریقا به خوبی ثابت شده است.

تغذیه با شیر مادر خصوصاً تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی، نه تنها در تغذیه نوزاد بسیار مهم است. بلکه در کاهش باروری نیز تاثیر دارد. آمنوره دوران شیردهی فرآیندی است که در آن احتمال تغذیه از راه پستان ترشح هورمون های درگیر در فرآیند باروری را سرکوب می کند. این روش امکان تنظیم خانواده را در مقایسه با سایر روشها با یک اثر حفاظتی (در صورت استفاده مناسب با ۹۸ درصد موفقیت) تا یکسال فراهم می کند. به علاوه تغذیه با شیر مادر از طریق پستان باعث انقباض و جمع شدگی رحم پس از زایمان می گردد و عوارض پس از زایمان را تخفیف می دهد.

تغذیه نه تنها روی رشد جمعیت و بهداشت باروری تاثیر گذار است بلکه تغییرات جمعیتی نیز روی وضعیت تغذیه افراد تاثیر گذار هستند. به عنوان مثال بالا رفتن جمعیت میزان دسترسی به غذا را در بیشتر کشورهای در حال توسعه پایین می آورد. خصوصاً در آن دسته از کشورهایی که انتظار می رود طی ۲۵-۲۰ سال آینده جمعیتشان دو برابر گردد.

رشد جمعیت با افزایش شهرنشینی همراه است. تا سال ۲۰۲۰ جمعیت نواحی شهری کشورهای در حال توسعه (جائیکه سوء تغذیه شایع است) ممکن است ۲ برابر شود و به ۳/۴ میلیارد برسد. در بیشتر مناطق شهری دارای جمعیت زیاد و فقیر بیماریهای اسهالی و سوء تغذیه بدلیل بهداشت

پایین غذا، عدم تأمین آب آشامیدنی سالم و کافی، دفع نامناسب زباله و فضولات خانه سازی نامناسب و کاهش میزان و تداوم تغذیه با شیر مادر و به موازات آن افزایش تغذیه با شیر خشک فراوان هستند.

تغییرات دیگر جمعیتی نیز کیفیت زندگی و وضعیت تغذیه ای را متأثر می سازند. به عنوان مثال، تعداد افراد بالای ۶۵ سال اساساً در بیشتر کشورها افزایش پیدا کرده است. طبق برآوردها ۶۰ درصد جمعیت بالای ۶۵ سال جهان در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. این وضعیت تأثیر عمده ای بر نیاز افراد جامعه به خدمات بهداشتی و اجتماعی خواهد گذاشت. بخش بهداشت باید بتواند از عهده بیماریهای غیرقابل انتقالی که همزمان با فرآیند سالمندی شیوع پیدا می کند برآید و همچنین گذار به سوی مصرف زیاد غذاهای فرآوری شده و آماده توأم با کاهش فعالیت بدنی عوارض پیری را تقویت می کنند و نهایتاً نتیجه ای که بدست می آید چاقی خواهد بود که اکنون ۲۵۰ میلیون نفر را در جهان دامنگیر کرده است و همچنین سرطانها، دیابت ها و بیماریهای قلبی - عروقی در کشورهای در حال توسعه شیوع بیشتری پیدا خواهد کرد.

اجزای تغذیه در برنامه های جمعیت:

بیشتر برنامه های جمعیتی نرخ بالای باروری را از طریق برنامه های تنظیم خانواده پیگیری می کنند، تا اینکه تعداد زایمان ها به ازای هر زن را کاهش داده و فاصله گذاری بین حاملگی ها را افزایش دهند. این برنامه ها همچنین جهت کاهش مرگ و میر مادران و بهبود پیامدهای بارداری سالم طراحی شده اند. این تعهدات در قالب برنامه عملیاتی ICPD (کنفرانس بین

المللی جمعیت و توسعه) که توسط کشورهای شرکت کننده در اجلاس پذیرفته شده، مشخص می گردد. (کادر ۱)

برنامه هایی که برای دستیابی به رشد جمعیتی و وضعیت بهداشتی بهتر طراحی می شوند تنها نباید شامل فعالیت های محدود به ارتقاء بهداشت مادران و زایمان باشند بلکه باید مشوق برنامه های ایمن سازی (واکسیناسیون)، تغذیه با شیر مادر، تغذیه تکمیلی سالم و بهداشتی نوزادان و کودکان زیر دو سال، مصرف ریز مغذی ها و آموزش خانوار جهت دریافت مراقبتهای بهداشتی نیز باشند.

کادر ۱:

برنامه عملیاتی ICPD :

بهداشت باروری به معنای دارا بودن سلامت کامل فیزیکی، روحی و اجتماعی نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی در همه جنبه های مربوط به سیستم تولید مثل و عملکرد و فرآیند آن می باشد. بنابراین بهداشت باروری بر این نکته دلالت می کند که مردم حق دارند از زندگی جنسی سالم و رضایت بخشی برخوردار باشند به طوری که ظرفیت تولید مثل و آزادی در تصمیم گیری آنان را در زمینه آنچه که می خواهند انجام دهند تضمین کند. این حق زنان و مردان است که آموزش ببینند. و به روش های سالم، موثر، قابل وصول و قابل قبول جهت تنظیم خانواده طبق انتخاب خویش دسترسی داشته باشند، به شرطی که روشهای مورد استفاده در کنترل باروری خلاف قانون نباشد. دیگر اینکه زنان این حق را دارند که به خدمات مراقبت بهداشتی صحیح دسترسی داشته باشند تا بتوانند یک دوره بارداری و زایمان سالم داشته باشند و برای زوج ها بهترین شانس را فراهم آورد که نوزادی سالم بدنیا بیاورند .

نتیجه گیری:

دسترسی جهانی به خدمات اولیه اجتماعی از جمله سرویس های مربوط به تغذیه یک «جاذبه اجتماعی» است که گذار از فقر به سوی توسعه بیشتر را هموار می کند. کشورهای که روی خدمات اولیه اجتماعی سرمایه گذاری نموده اند، موفقیت بیشتری را در کاهش فقر و توسعه انسانی کسب نموده اند.

برنامه های بهبود تغذیه تنها به افزایش جمعیت، طول عمر و شهرنشینی همراه با بهبود کیفیت زندگی و پیشرفت اقتصادی کمک نمی کند بلکه کاهش رشد جمعیت را نیز از طریق کاهش دادن میزان های باروری تسهیل می نمایند. بهبود سیستم غذایی شهری و روستایی می تواند متضمن این باشد که جمعیت در حال رشد از غذای کافی برخوردار می شود و محیط زیست نیز حفظ می گردد. برنامه های بهبود ریزمغذی ها و ارتقاء تغذیه با شیر مادر می تواند منجر به بارداری های سالم، با فاصله و در ضمن کاهش مرگ مادران شوند. اطلاع رسانی در زمینه های تغذیه ای می تواند روند رو به افزایش شیوع چاقی، سرطان، دیابت و بیماریهای قلبی - عروقی را در کشورهای در حال توسعه کاهش دهد. با افزایش سطح فعالیت فیزیکی و تقویت روحی - روانی شخص را توانمند سازد.

برنامه های تغذیه می تواند باعث افزایش برگشت هزینه ها تا ۸۴ دلار به ازای هر یک دلار سرمایه گذاری شده گردد. همه این برنامه ها در نهایت سرمایه بشری را افزایش می دهد و قابلیت جمعیت ها را جهت رسیدن به حداکثر پتانسیل توسعه خویش بهبود می بخشد.

Suggested Reading:

ACC/SCN (United Nations Administrative Committee on Coordination/Sub-Committee on Nutrition).1997.Nutrition and poverty.Papers from the ACC/SCN 24th session symposium in Kathmandu. Geneva: ACC/SCN

Becker, G.S. 1993.Human Capital: A theoretical and empirical analysis with special reference to education.Chicago: University of Chicago Press.

Demographic and Health Surveys, Comparative Studies.1999.Breastfeeding and complementary infant feeding/post-partum effects.Calverton, MD, USA: Macro International.

FAO and WHO (Food and Agriculture Organization).1992.Nutrition and development: A global assessment.Rome: FAO and WHO.

Fogel, R.W.1994.Economic growth, population theory, and physiology: The bearing of long term processes on making of economic policy.American Economic Review 84(3):369-418.

Green, C.1999.Interventions to improve breastfeeding behaviors: Detailed summaries of 51 studies.Washington, DC: Linkages Project.

Lloyd, C.1994.Investing in the next generation: The implications of high fertility.In Population and Development: Old debates, new conclusions, ed.R.Cassen.Washington, DC: Overseas Development Council.

Maine,D.,L.Freedman,F.Shaheed,and S.Frautschi.1994.Risk,reproduction,and rights:The uses of reproductive health data.In Population and Development:Old debates,new conclusions,ed.R.Cassen.Washington.DC:Overseas Development Council.

Morrow-Tluck, M., R.H.Haude, and C.B.Ernhart.1998.Brestfeeding and cognitive development bin the first two years of life.Social Science and Medicine 26(6):635-639.

Mosley, H., ed.1978.Nutrition and Human reproduction.New York: Plenum Press.

National Academy ofSciences.1989.Contraception and reproduction: Health consequences for women and children in the developing World.Washington, DC: National Academy Press.

Rodriguez-Garcia, R., and A.Goldman.1994.The health –development link.Washington DC: Pan American Health Organization.

Seligman, B., D.Kress, W.Winfery, I, Feranil, and K.Agarwal.1997.Reproductive health and human capital.Policy Occasional Paper Number 1.Washington, DC: Policy Project.

UNICEF (United Natins Children’s Fund).2000.the state of the world’s children 2000.New York: UNICEF

World Bank.1994.World development report 1994: Infrastructure for development .New York: Oxford University Press for the World Bank.

فصل چهارم

تغذیه و بهداشت

فصل چهارم- تغذیه و بهداشت

روندهای بهداشت جهانی در دهه ۱۹۹۰ بسیاری از موفقیت های گذشته را آشکار نمود و چالش های فراوان آینده را نیز نشان داد. ملت ها پیشرفت قابل توجهی در راستای اهداف پایان دهه - که در سال ۱۹۹۰ در اجلاس جهانی کودکان پایه ریزی شده بود - حاصل کردند. روندهای رو به کاهش مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال ناشی از عوامل مختلف، اجلاس را بر آن داشت که کاهش ۳۳ درصدی را هدف خود قرار دهند.

ولی در عمل یک کاهش ۱۴ درصدی بدست آمد و این امر منجر به کاهش سالانه مرگ ۳ میلیون کودک گردید. سایر روندها کمتر سودمند بودند. به عنوان مثال اجلاس کاهش ۵۰ درصدی در مرگ مادران را تا سال ۲۰۰۰ به عنوان هدف خود در نظر گرفته بود که علیرغم آن میزان مرگ مادران نسبتاً ثابت باقی ماند (۴۰۰ مرگ مادر باردار در هر ۱۰۰/۰۰۰ تولد زنده). افزایش دسترسی به آب آشامیدنی سالم و محیط بهداشتی به میزان ۳ و ۵ درصد جمعیت که با فاصله اندکی از اهداف پیش بینی شده تحقق یافت، سبب گردید که یک میلیارد و یکصد میلیون نفر بدون دسترسی به آب آشامیدنی سالم و دو میلیارد و چهارصد میلیون نفر بدون دسترسی به محیط بهداشتی باقی بمانند.

به علاوه بر اساس تخمینی که زده شده بود در پایان سال ۲۰۰۱، ۴۰ میلیون نفر مبتلا به ایدز یا HIV بودند و ۵ میلیون نفر آنان به تازگی آلوده شده بودند که کاهش اندکی را نسبت به سال قبل آن نشان می داد. در بعضی مناطق اکثر موارد جدید آلودگی در بین بالغین جوان خصوصاً زنان جوان دیده شد. گسترش سل (TB) و پاندمی HIV همراه با هم ادامه پیدا کردند و تهدیدات فزاینده ناشی از مجموعه عوامل مختلف آلوده کننده خطرات جدیدتری را برای گروههای آسیب پذیر ایجاد کرد.

تا سال ۱۹۹۸ فقط ۶ کشور به هدف WHO (سازمان جهانی بهداشت) مبنی بر کشف ۷۵ درصدی مواردی آلوده به TB و مداوای ۸۵٪ آنان دست یافته بودند. اتخاذ شیوه درمانی DOTS^۱ (درمان کوتاه مدت و مستقیم موارد مشاهده شده) جهت درمان TB امکان فزاینده اپیدمی شدن سل را مهار نمود و در غیر اینصورت سالانه دو میلیون تن بر اثر این بیماری تلف می شدند. ارتباط کلی بین عفونت و سوء تغذیه به خوبی شناخته شده است. پس بهبود تغذیه چگونه می تواند روندهای مثبت بهداشتی را تقویت و روندهای منفی را خنثی سازد.

تغذیه به عنوان عامل ارتقاء بهداشت مطلوب:

سوء تغذیه بر سیستم دفاعی ایمنولوژیک و غیر ایمنولوژیک بدن تاثیر دارد. بنابراین سوء تغذیه، بروز، شدت و زمان بیماریهای رایج دوران کودکی مانند اسهال، عفونت های حاد تنفسی و سرخک را افزایش می دهد. تقریباً ۵۵ درصد مرگ کودکان زیر ۵ سال در کشورهای در حال توسعه با سوء تغذیه ارتباط دارد و افزایش میزان تغذیه با شیر مادر به تنهایی توانایی پیشگیری از ۱۰٪ مرگ کودکان زیر ۵ سال را دارد. دلایل و شواهد مبنی بر وجود ارتباط ویژه بین انواع خاصی از سوء تغذیه و مرگ و میر وجود دارد. تحقیق نشان داده که بهبود وضعیت ویتامین A در جمعیت های آسیب پذیر می تواند میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال را حداقل تا ۲۳٪ کاهش دهد و سالانه از مرگ ۱/۳-۲/۵ میلیون کودک جلوگیری کند و صدها هزار کودک را از شبکوری غیرقابل برگشت نجات دهد.

1-Directly Observed Treatment Short - Course

به علاوه دریافت کافی ویتامین A ممکن است اثر حفاظتی در انتقال HIV از مادر به کودک داشته باشد و نشان داده شده که مکمل یاری هفتگی ویتامین A در زنان طی سنین باروری مرگ مادران را تا ۴۴ درصد کاهش می دهد و همچنین یکی از پژوهشهای جدید ثابت کرده که مکمل یاری با ویتامین A می تواند اثرات نامطلوب عفونت HIV، مالاریا و اسهال را روی رشد کودکان تخفیف دهد.

کمبود آهن نیز از عوامل عمده بیماری است. گزارش WHO تحت عنوان «بار جهانی بیماریها» از کم خونی فقر آهن به عنوان دومین عامل در بین علل و عوامل ناتوانی یاد کرده است. اثرات آن که بطور نامتناسب بر دوش زنان و کودکان قرار دارد، موانع جدی در مسیر توسعه بهداشتی و اجتماعی-اقتصادی ملت ها ایجاد کرده است. WHO تایید می کند بهبود وضع آهن در مورد جمعیت های دچار کمبود می تواند تولید ملی را ۲۰٪ افزایش دهد. همچنین کاهش کم خونی فقر آهن مرگ و میر مادران را کاهش می دهد (زیرا کم خونی در ۲۰٪ کل مرگ و میر مادران نقش دارد)، عمده ترین علت عقب ماندگی های ذهنی، اختلالات مغزی یعنی کمبود ید هزینه زیادی را بر بهداشت و میزان تولید در کشورهای دارای کمبود تحمیل می کند. در حالیکه پیشرفت های اساسی در زمینه ید دار کردن جهانی نمک صورت گرفته است، ولی آشکار است که تلاش های بیشتری باید صورت گیرد تا مشکلی که هنوز ۵۰ میلیون کودک را مبتلا کرده مرتفع گردد. سرمایه گذاری روی برنامه های مربوط به کمبود ید و اختلالات ناشی از آن می تواند از جان بیش از ۱/۵ میلیارد نفر را که در معرض خطر عقب ماندگی رشد و تکامل، ناهنجاریهای فیزیکی و معلولیت نوزادی هستند، محافظت کند.

سوء تغذیه به طور قابل توجهی شدت عفونت ها را افزایش می دهد و حتی احتمال دارد در آینده جمعیت های خوب تغذیه شده را نیز در معرض خطر قرار دهد. پژوهشگران در حال

بررسی مجدد اثرات متقابل رژیم، میزبان و عامل بیماری زا هستند و همچنین گروهی از محققین نیز بر این باورند که کمبود مواد مغذی مختلف از جمله سلنیوم نه تنها ممکن است آسیب پذیری و حساسیت میزبان را نسبت به عفونت بالا ببرد بلکه احتمالاً شدت آسیب زایی خود پاتوران را نیز تشدید می کند.

نقش چاقی و کیفیت پایین رژیم غذایی در گسترش بیماریهای مزمن در کشورهای صنعتی مدت زیادی است که مشخص شده است. شواهدی در دست است که حاکی از ارتباط قوی بین همین عوامل در کشورهای در حال توسعه می باشند و این مساله علاوه بر اثراتی است که سوء تغذیه در دوران رحمی بر جای می گذارد و ممکن است کودک را مستعد ابتلا به فشار خون بالا، بیماری قلبی عروقی و دیابت در دوره های بعد زندگی نماید. بار مضاعف فقر غذایی اولیه و بیش غذایی در سالهای بعد در کشورهایی که توسعه سریع اقتصادی را تجربه می کنند، ملموس تر است زیرا در این کشورها میزان بیماریهای مزمن یک افزایش هشدار دهنده را نشان می دهد. WHO برآورد می کند که تا سال ۲۰۲۵ شیوع ابتلا به دیابت غیر وابسته به انسولین در کشورهای در حال توسعه تا ۱۷۰ درصد افزایش خواهد یافت.

گنجاندن مداخلات تغذیه در برنامه های بخش بهداشت:

تغذیه خوب نه تنها برای پیشگیری از بیماری ناشی از فقر اساسی است بلکه برای بیماریهای مزمنی که جمعیت های غنی و غیر غنی را دچار می کند، نیز لازم است. اما آیا فعالان توسعه در بخش بهداشت فرصت و مجال آنرا دارند که تغذیه را در این برنامه ها شرکت دهند؟ تجارب اخیر نشان می دهند که چنین فرصت هایی وجود دارند. به عنوان مثال تلفیق برنامه مکمل یاری با دوز بالای ویتامین A در برنامه های مربوط به روزهای واکسیناسیون ملی پوشش فراگیری داشته است. برآورد می شود که در صحرای آفریقا تقریباً ۶۰ درصد کودکان

طی ۶ ماه آخر ۱۹۹۸ حداقل یک دوز را دریافت کرده باشند که این پوشش دو برابر را نسبت به دو سال قبل از آن نشان می دهد.

البته پیشرفت در ریشه کنی فلج اطفال باعث حذف برنامه واکسیناسیون در بیشتر کشورهای شده که مکمل یاری با ویتامین A همچنان اولویت دارد و برنامه ریزان باید شیوه جدیدی را جهت برقراری و تداوم پوشش بالای مکمل یاری در بین گروههای آسیب پذیر اتخاذ کنند. چندین کشور برنامه مبارزه با کمبود ویتامین A را در هفته بهداشت کودک جا داده اند. گسترش بخش تغذیه در برنامه های هفته بهداشت کودک یک شانس نوید بخش است.

به علاوه میلیون ها نفری که به HIV و TB و عفونت های دیگر مبتلا شده اند از برنامه هایی که نیازمندی تغذیه ای آنان را در نظر می گیرد و همچنین برنامه هایی غذایی ایده آلی که حداکثر سلامتی را برای آنان به ارمغان می آورد، بهره زیادی می برند. ابتکارات و خلاقیت های جهانی که جهت مبارزه با پاندمی ها به کار برده می شوند زمینه همواری را برای گسترش برنامه های تغذیه خصوصاً مکمل یاری و مشاوره فراهم می آورند. زمانی که جامعه ارزش راههای پذیرش شیوه های بهتر زندگی را به طور روز افزون و با اولویت زیاد درک می کند، تغذیه به عنوان یکی از برنامه های ارزشمند مطرح خواهد شد. برنامه هایی که هدف آنها رفع سوء تغذیه است، نه تنها مستقیماً در بهبود سلامتی افراد نقش دارند، منافع را نیز برای نسل های آینده و تقویت مداخلات دیگر بدنبال دارند. در زمینه اولویت های بهداشت جهانی، پتانسیل سرمایه گذاری در تغذیه بسیار حائز اهمیت می باشد. امروزه کمتر مشکل بهداشتی را می توان یافت که مبتلایان آن از بهبود وضعیت تغذیه بهره نبرده باشند.

Suggested Reading:

Barker, D.J.P.1999.The fetal origins of coronary heart disease and stroke: Evolutionary implications.In Evolution in health and Disease, ed.S.Stearns, New York: Oxford University Press.

Beaton, G.H., R.Martorell, K.J.Aronson, B.Edmonston, G.McCabe, A.C. Ross and B.Harvey.1993.Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young child morbidity and mortality in developing countries.Nutrition Policy Discussion Paper Number 13.Geneva: United Nations Administrative Committee on Coordination/Sub R Committee on Nutrition (ACC/SCN).

**Internatuional Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders.
<<http://www.people.virginia.edu/~7%Ejtd/iccidd/aboutidd.htm>>.**

Levander, O.A, and M.A.Beck.1999.Selenium and virulence.British Medical Bulletin 55(3):528-533

Murry, C.J.L., and A.Lopez, eds.1996.The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and morbidity and disability from disease, injury, and risk factors in 1990 and projected to 2020.Cambridge: Harvard University Press.

Pelletier, D.L.E.A.Frongillo, Jr., D.G.Schroeder, and J.Phabicht.1995.The effects of malnutrition on child mortality in developing countries.Bulletin of the World Health Organization 73(4):443-448.

Scrimshaw, N.S., and J.P.SanGiovanni.1997.Synergism of nutrition, infection and immunity: American Journal of Clinical Nutrition 66(supplement):464S-477S.

Semba,R.D.,P.G.Miotti,J.D.Chiphangwi,A.J.Saah,J.K.Canner,G.A.Dallab ertta,and D.R.Hoover.1994.Maternal vitamin A deficiency and mother-to-child transmission of HIV-1.Lancet 343(June):1593-1597.

Stop TB Partnership.2001.Stop TB Newsletter, June.
<<http://www.stoptb.org/Working-Groups/TBHIV/tb-hiv.pdf>>.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS).2001.AIDS epidemic update-December 2001. <<http://www.unaids.org/epidemic-update/report-dec01/index.html>>.

UNICEF (United Nations Children's Fund).2002.
<<http://www.unicef.org/media/sowc02presskit/fullreport.htm>>.

-----1998.The state of the World's children 1998.
<<http://www.unicef.org/sowc98/science2.htm>>.

UNICEF Vitamin A Global Initiative.2000.National Immunization Days (NIDS) dramatically improve vitamin A coverage.
<<http://www.unicef.org/vitamina/progress-programme.html>>.

Villamor,E.,R.Mbise,D.Spiegelman,E.Herzmark,M.Fataki,K.E.Peterson,G .Ndosi,and w.w.Fawzi.2001.Vitamin A supplements ameliorate the adverse effect of HIV-1,malaria,and diarrheal infections on child growth.Pediatrics 109(1)e6.

WHO (World Health Organization).2001.Battling iron deficiency anaemia. <<http://www.who.int/nut/ida.htm>>.

-----2000.Tuberculosis.Fact Sheet Number 104.Revised April.
<<http://www.who.int/inf-fs/en/fact104.html>>.

-----1998.Reducing mortality from major killers of children.Fact Sheet Number 178.Revised September. <<http://www.who.int/inf-fs/en/fact178.html>>.

-----1997.World health report 1997 executive summary: Conquering suffering, enriching humanity.
<<http://www.who.int/whr/1997/exsum97e.htm>>.

فصل پنجم
تغذیه و
محیط زیست

فصل پنجم - تغذیه و محیط زیست

تغییرات محیطی سریع به وفور ارتباط انسان ها و اکوسیستم هایی را که در آن زندگی می کنند، عوض می کنند. این تغییرات شامل افزایش جمعیت، فقدان منابع بیولوژیک، تخریب اکوسیستم در پی پیشرفت های تجاری و صنعتی، تغییرات آب و هوایی، شهرنشینی، کشاورزی پیشرفته که از حشره کش ها و سایر مواد جهت بهبود کشاورزی استفاده می کند و کاهش تنوع محصولات کشاورزی از زمانی می باشد که مهندسی ژنتیک روی تهیه محصولات خاصی متمرکز شده است.

چنین آشفتگی هایی در جامعیت محیط می تواند بر الگوی بهداشت انسان، بیماری و وضعیت تغذیه تأثیر گذار باشد. در مقدمه پیمان نامه تنوع حیات آمده است که «حفظ منابع محیط زیست و استفاده پایدار از تنوع بیولوژیک از ضروریات تأمین غذا، بهداشت و دیگر نیازهای جمعیت جهانی در حال رشد می باشد. زیرا دسترسی به منابع ژنتیکی و فن آوری ها و بهره مندی از آنها هر دو ضروری هستند» جلسه کشورها در مورد تغییر آب و هوایی به طور ویژه از وضعیت تغذیه متعاقب تغییر آب و هوایی در آفریقا بحث می کند.

درک این ارتباط راهنمای فعالیت های متناسب تغذیه ای خواهد بود که راه حل های پایداری را در پاسخ به تغییرات محیط به ارمغان می آورد. در زمان تغییرات محیطی و آب و هوایی بی سابقه دانش تغذیه در توانا ساختن افراد و جمعیت ها جهت سازگاری به بهترین نحو ممکن نقش بسیار مهم و بسزایی دارد.

وضعیت تغذیه ای جمعیت ها (به عنوان یک نتیجه قابل شناسایی و سنجش) باید مستقیماً سایر برنامه های مداخله ای و قواعد علمی را در شناسایی راه حل های پایدار برای پاسخ به مشکلات اقتصادی و محیطی فرا روی جوامع جهانی، کمک و یاری کند.

رابطه تغذیه و محیط زیست:

وقتی اولویت های توسعه جامعه با اولویت های حفظ منافع محیط زیست تلفیق گردند، به وضوح خواهیم یافت که جمعیت های انسانی قادر نخواهند بود که محیط زیست خود را حفظ کنند، مگر آنکه آنان احتیاجات اولیه حیاتی خود را برآورده سازند. از سوی دیگر، جوامع محلی در صورتی که محیط خود را حفظ نکنند امید اندکی برای بقای طولانی آنان باقی خواهد ماند.

از آنجایی که تغذیه اساسی ترین نیازهای انسانی را نمایان می سازد، از اینرو چشم انداز مفیدی را ترسیم می کند که بتوان این تناقض را حل نمود. پژوهش در زمینه های تغذیه ای می تواند اطلاعات اساسی را در این مورد فراهم آورد که چگونه تخریب محیطی می تواند منجر به مشکلات عمده بهداشتی مرتبط با تغذیه مانند سوء تغذیه، بیماری های عفونی و آلودگی شود. زمانیکه مردم دسترسی محدودی به منابع حیاتی داشته باشند دچار سوء تغذیه پروتئین - انرژی و کمبود ریزمغذی ها می شوند. دیابت و بیماری های قلبی - عروقی که ناشی از دریافت ناکافی مواد مغذی و غیرمغذی تامین کننده بهداشت و سلامتی هستند، تاوان اتکای فزاینده به غذاهای فرآوری شده یا غذاهای محدودی را بازگو می کند که بوسیله جوامع صنعتی و شهری تهیه می شوند. مشکلات عمده بهداشت عمومی در سطح جهانی مانند سل، بیماریهای گوارشی، سرخک و بیماریهای تنفسی همگی اثرات متقابل عوامل محیطی و تغذیه ای را منعکس می سازند.

آلودگی محیط ناشی از مواد شیمیایی صنایع و کشاورزی مانند فلزات سنگین، مواد ارگانوکلره و مواد هسته ای رادیواکتیو، ممکن است به طور مستقیم یا از طریق تغییرات رژیم غذایی، بهداشت و وضعیت تغذیه ای افراد را متأثر سازد.

علف کش ها و آفت کش ها منابع غذایی غیر زراعی¹ را از اکوسیستم ها خارج می کنند؛ مواد شیمیایی دیگر ممکن است آنها را غیر قابل مصرف سازند. POPS² ها (مواد آلودگی زا و مقاوم به تجزیه) به اتمسفر منتقل شده، می توانند اثرات جانبی روی سیستم های غذایی سنتی - که در آنها از آفت کش ها به هیچ وجه استفاده نمی شود- داشته باشند.

یافتن راه حل های پایدار:

راهبردهای غذایی برای حل مسایل مربوط به گرسنگی و سوء تغذیه و نیز توانمند ساختن افراد آسیب پذیر جهت سازگاری با تغییرات اقتصادی-اجتماعی و محیطی کلیدی هستند.

در حالیکه کشاورزی مبتنی بر فن آوری پیشرفته برای تولید تولید غذای جمعیت در حال رشد ضروری است. به ندرت تولید کیفیت تغذیه ای محصول را مورد نظر قرار می دهد. چنانچه این کار نیز صورت گیرد، عمدتاً به پروتئین می پردازد. به طور مشابه با اینکه فقدان تنوع حیات و تغییرات دیگر محیطی روی رژیم غذایی و بهداشت تاثیر گذارند، معمولاً به توصیف هایی عمومی از امنیت غذایی بدون توجه به پیچیدگی ارتباط بین بهداشت و تغذیه پرداخته شده است.

بعضی پژوهش ها و برنامه های مداخله ای روی فراهم سازی ریزمغذی هایی مانند ویتامین A یا مواد معدنی از طریق بهینه سازی ژنتیکی، تنوع بخشی محصولات و بهبود خاک متمرکز شده اند. در هر حال جهت شناسایی گونه های مختلف محصولات و همچنین شناسایی

1-Uncultivated

2-Persistent organic plutant substances

محصولات خاصی که دارای ارزش تغذیه ای انتخابی هستند (مثلاً از لحاظ داشتن ریزمغذی ها، فیبر محلول یا آنتی اکسیدان ها) مداخلات بیشتری باید صورت بگیرد. همچنین جهت آنالیز محتوای میوه های طبیعی، سبزی ها و گونه های وحشی نیز باید اهتمام بیشتری شود. لازم است که برنامه ها اهمیت بیشتری به تنوع ژنتیکی گونه های گیاهی در باغچه های خانگی و اکوسیستم های کشاورزی محلی بدهند. همچنین در مناطقی که امکان بهره برداری از محصولات غیر زراعی وجود داشته باشد، این منابع نیز می تواند باعث بهبود بخشیدن غیر مستقیم تغذیه ای از طریق صرفه اقتصادی و تأمین درآمد گردند. اصلاحات ژنتیکی و دیگر راهبردهایی که مواد مغذی ویژه را در مورد هدف قرار می دهند، در بهینه سازی انتخابی ترکیب مواد مغذی گیاه مؤثر هستند. اگر چه ارگانسیم های اصلاح شده از نظر ژنتیکی نیاز به بررسی های دقیقی جهت بررسی اثرات و عوارض جانبی آنها بر سلامتی انسان دارند. این فن آوری اثرات اجتماعی و اکولوژی بالقوه ای دارد که ارزیابی دقیقی می طلبد. در حالیکه نگرش های سازمانی برای حل مشکلات جهانی ضروری هستند، اما تلاشهای ملی بویژه در سطح جوامع محلی نیز اهمیت خاصی دارند.

زمانی که فعالیت های چند منظوره محلی با پژوهش های تغذیه ای، گیاه شناسی بومی، مدیریت منابع و اکوسیستم همراه با مراقبت بهداشتی و جلب الگوهای مشارکتی جهت توانمند سازی و خلاقیت ترکیب شوند، رویای حل مشکلات مستقیم مردم به واقعیت می پیوندد.

محققین با مطالعه شیوه زندگی سنتی افراد (اغلب تحت عنوان مردم بومی شناخته می شوند) که نیازهای تغذیه خود را از طریق روابط بی نظیر انسان- محیط زیست برآورده می سازند، به راه حل هایی دست یافته اند. به عنوان مثال برنج، حبوبات و لبنیات تعادل اسیدهای آمینه را برای کشاورزان هندی تأمین می کنند. در مناطقی که پروتئین حیوانی و چربی منابع اولیه انرژی

هستند (مثلاً در بین شکارچی های قطبی و چوپانان مناطق خشک) مردم از روش های تهیه غذایی خاصی استفاده و گونه های وحشی گیاهی را جهت تأمین نیاز به ویتامین ها و املاح مصرف می کنند. علوم تغذیه می تواند مشخص کند که آیا این سیستم های سنتی می تواند در جاهای دیگر نیز به کار رود یا نه.

با به کارگیری دانش تغذیه در حل مشکلات بهداشتی کنونی همراه با دانش منابع سنتی می توان تلاش های زیست محیطی جهت شناسایی راه حل های پایدار را هدایت نمود. در مقابل، تغذیه کافی گزینه ها را برای حفاظت از منابع افزایش می دهد یا اینکه حداقل، فشار بر روی افراد را جهت استفاده از منابع برای برآورده نمودن نیازهای اساسی اشان کاهش می دهد. ارزش های سنتی حفظ موهبت ها نظیر احساس تعلق به زمین، جنبه های معنوی و مفاهیم بهداشت و سلامتی در برابر تغییرات زندگی مدرن آسیب پذیر هستند. با اینحال ارزش های فرهنگی می تواند از اجرای مهم برنامه های آموزشی بهداشت عمومی و بهبود اکولوژیکی باشند. تلفیق ابعاد بیولوژیک، اجتماعی و فرهنگی ارتباط انسان- محیط زیست جهت ثبات کنونی و آتی سلامت انسان ضروری است همچنانکه در طول تاریخ تاکنون نیز این گونه بوده است.

نتیجه گیری:

مشکلات عمده بهداشتی قرن بیست و یکم هم در جوامع شهری و هم روستایی، کمبودهای تغذیه ای و تغییرات رژیم غذایی است. تجزیه و تحلیل های تغذیه ای توأم با شناخت شیوه ها و منابع سنتی می تواند در شناسایی اجزاء بیولوژیک و اجتماعی- فرهنگی راه حل های مشکلات تغذیه ای و بهداشتی آینده سودمند باشد. توجه به نیازهای تغذیه ای یک مبنای اساسی برای درک دانش و شیوه زندگی سنتی، حفظ گونه های گیاهی وحشی و زراعی و استفاده پایدار از محیط زیست را - که همگی در آن قرار دارند- فراهم می آورد.

Suggested Reading:

Convention on Biodiversity 1992.
<<http://www.biodiv.org/chm/conv/default.htm>>.

Eyzaguirre, P.B., S.Padulosi, and T.Hodgkin.1999.IPGRI's strategy for neglected and underutilized species and the human dimension of agrobiodiversity.In Priority-Setting for underutilized and neglected plant species of the Mediterranean region, ed.S.Padulosi.Rome: International Plant Genetic Resources Institute.

FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations).1996.Global Plan of the Action for the conservation and sustainable Utilization of Plant Genetic Resources for Food and Agriculture.Rome.

FAO/WHO (Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization).1994.International Conference on Nutrition: Plan of Action for Nutrition.Ecology of Food and Nutrition 32:5-31.

John, T.1999.The chemical ecology of human ingestive behaviors.Annual Review of Anthropology 28:27-50.

John, T., and P.B.Eyzaguirre.2001.Nutrition for sustainable environments.SCN News 21:24-29.

Kuhnlein, H.V., and H.M.Chan.2000.Environment and contaminants in traditional food systems of northern indigenous peoples.Annual Review of Nutrition 20:595-626.

Kuhnlein, H.V., and O.Receveur.1996.Dietary change and traditional food systems of indigenous peoples.Annual review of Nutrition 16:417-442.

Pellett, P.L.1993.The World Declaration on Nutrition from the International Conference on Nutrition.Ecology of Food and Nutrition 30:1-7

Piatt, A.E.1996.Infecting ourselves: How environmental and social disruptions trigger disease.Washington, D.C: Worldwatch Institute.

Tomkins, A.2000.Malnutriton, morbidity, and mortality in children and their mothers.Proceeding of the Nutrition Society 59(1):135-146.

Watson, R.T., M.C.Zinyowera, and R.H.Moss, eds.1997.The regional impacts of climate change: An assessment of vulnerability.Special Report of IPCC Working Group II.Cambridge, U.K: Cambtidge University Press.

فصل ششم

تغذیه و کشاورزی

فصل ششم - تغذیه و کشاورزی

تغذیه و کشاورزی از جهات مختلف به هم مرتبط هستند. و مردم شناخت دیرینه ای از ارتباط روشن تغذیه و کشاورزی دارند. امنیت غذایی یکی از سه رکن اساسی تغذیه خوب در کنار مراقبت های بهداشتی کافی و بهداشت مناسب می باشد. در سال ۱۹۴۵ نگرانی ها در مورد قحطی های مکرر و سوء تغذیه منجر به تاسیس سازمان غذا و کشاورزی (FAO) ملل متحد گردید. FAO به این منظور ایجاد شده بود که سطح تغذیه و استانداردهای زندگی را بالا ببرد و در نهایت تولیدات کشاورزی را رونق ببخشد که این مهمترین دستاورد در پایان قضیه بود. امروزه هنوز کشاورزی به عنوان یکی از پایه های توسعه ملی به حساب می آید. در طی ۵۵ سال گذشته شواهد نشان دادند که تولیدات کشاورزی نیروی بسیار قدرتمندی در کاهش فقر و توسعه اقتصادی است، البته در دهه های اخیر موانع بسیار زیادی بر سر راه رشد تولیدات کشاورزی در کشورهای با حداقل توسعه یافتگی قرار گرفته است. این موانع شامل عدم سرمایه گذاری در بخش توسعه و تحقیقات کشاورزی، آبیاری، زیر ساخت های روستایی، آموزشی و عدم توانایی کشاورزان فقیر جهت دستیابی به بازارهای مصرف کنندگان غنی- خواه در کشورهای توسعه یافته و خواه در کشورهای در حال توسعه- بوده است. مسیرهایی که از طریق آنها کشاورزی می تواند تغذیه را متاثر سازد کاملاً شناخته شده اند. در مقابل، بهبود تغذیه از طریق بالا بردن توانایی روستائیان در تقبل وظایف سنگین کشاورزی در سطح خرد بخش کشاورزی را ارتقاء می دهد. رابطه بین بهبود وضعیت تغذیه ای و بهبود

ظرفیت کاری و تولید به خوبی اثبات شده است. اکنون جهت ارتقاء تولیدات کشاورزی و درآمد، بخش کشاورزی باید توجه بیشتری را به تغذیه معطوف دارد. این افزایش توجه به تغذیه، تمرکز بیشتر روی مصرف کننده را تضمین می کند و در نتیجه موجب بهبود هم کالاهای عمومی و هم کالاهای خاص می گردد.

تأثیر ارتقای کشاورزی بر فقر و سوء تغذیه:

از آنجائیکه درک مفهوم امنیت غذایی و تغذیه فراتر از تولید غذا است، بخش کشاورزی از سوی دولت های کشورهای شمال و جنوب- هم به منظور افزایش تولید غذا و هم جهت کاهش فقر و سوء تغذیه- مورد توجه قرار گرفته است. در صورتیکه کشاورزی بتواند اثر فقرزدایی و ارتقاء تغذیه واقعی خود را افزایش دهد طبعاً از حمایت های بیشتری به عنوان یک ابزار با اهمیت برخوردار خواهد بود و این افزایش حمایت باعث روی آوردن چشمگیر بخش خصوصی به کشاورزی های در مقیاس کم و در عین حال پیشرفته می گردد و فن آوری آن نیز برگرفته از پیشرفت تحقیقات و توسعه (R&D) خواهد بود.

کشاورزی در گذشته نیز تاثیر بارزی بر فقر و سوء تغذیه داشته است. تولید با هزینه کم در عین حال مؤثر مواد غذایی اصلی نظیر غلات، غایت مطلوب یک جامعه فقیر است، بدلیل اینکه این مواد غذایی درصد بالایی از خریدهای غذایی و هزینه کلی مردم را تشکیل می دهند، هرگونه کاهش در قیمت تجاری آنها باعث افزایش بازگشت هزینه ها می گردد. بالاترین افزایش نسبی درآمد به آنانی تعلق خواهد گرفت که بالاترین درصد درآمدشان را صرف خرید غذا می کنند (یعنی فقرا) و در نتیجه آنها قادر خواهند بود از این افزایش جهت خرید غذاهای بیشتری استفاده کنند. در مناطق فقیر خانواده هایی که مصرف کننده صرف غذا هستند، تقاضای بیشتری

برای مواد غذایی ارزاتر خواهند داشت. بخشی از درآمدهای حاصل از تولید محصولات کشاورزی غذایی عمده به اقتصاد غیر کشاورزی در منطقه باز می گردد که در نتیجه آن مصرف کنندگان بیشتری بهره مند خواهند شد.

اما آیا اثر تغذیه ای این مواد غذایی اصلی ارزان قیمت بر قیمت بالای مواد غذایی غیر اصلی غالب می شود؟ بعضی از کشورها طی ۲۵ سال گذشته افزایش هایی در قیمت سبزی ها، میوه ها و فرآورده های حیوانی داشته اند و این مواد غذایی به طور ویژه غنی از ریز مغذی ها و سایر مواد لازم برای سلامتی و توسعه انسانی هستند. آیا این افزایش قیمت ها نتیجه سرمایه گذاری ناکافی در بخش توسعه و تحقیقات کشاورزی روی این فرآورده ها است؟ یا نتیجه فشار جانبی از ناحیه تأمین اقلام دیگر است؟ در عدم حضور یک ذره بین تغذیه ای غیر ممکن است که این روندهای قیمتی بزرگ و قابل توجه آشکار شوند و در حضور این ذره بین است که سیاست ها و فعالیتهای کشاورزی می تواند مورد ارزیابی قرار گیرد: که آیا کشاورزی می تواند یک نقش عمده در کاهش کمبود ریز مغذی ها و سوء تغذیه داشته باشد یا خیر؟

تغییرات فن آوری که ارزش تغذیه ای غذا را بالا می برند نیز می توانند جهت رفع فقر مؤثر باشند. بهر حال اینگونه مواد غذایی عمدتاً بستگی به این دارند که آیا می توانند سایر خصوصیات مصرف را نیز حفظ کنند (از جمله نگهداری، پخت و پز، طعم و مزه و ...). خصوصیتی که اغلب برای فقیران مهم هستند و دیگر اینکه آیا این غذاهای بهبود یافته گران هستند یا نه.

بالا بردن توانایی کشاورزان جهت برآورده ساختن نیازهای متغیر مصرف کنندگان:

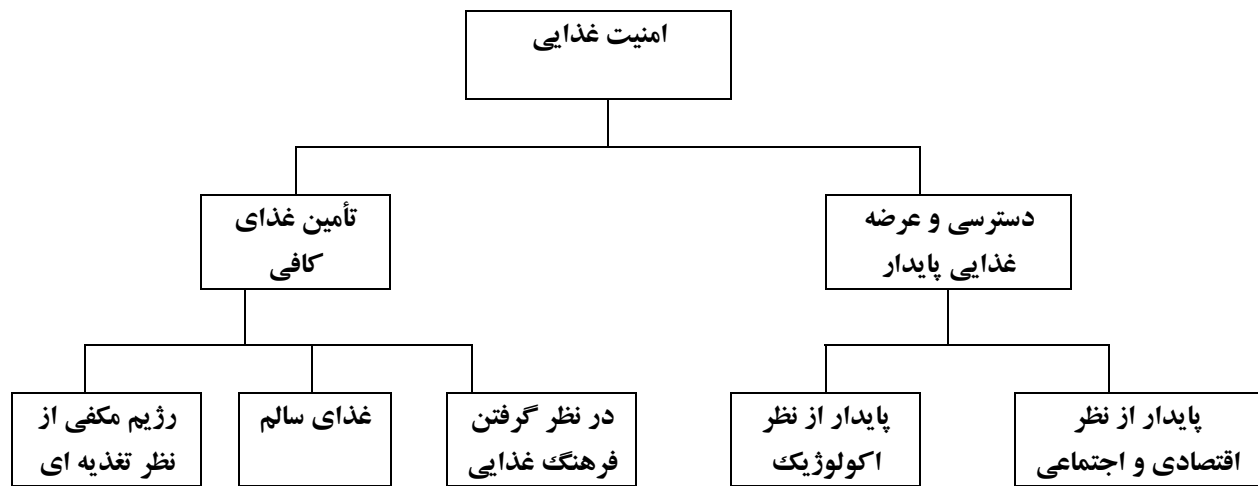
تلفیق کشاورزی با علم تغذیه می تواند چشم اندازهای جدیدی را در مورد نیازهای مصرف کنندگان فقیر یا غنی پدید آورد. البته این رویکرد با همکاری بخش خصوصی که به کشاورزان انگیزه و روحیه بخشد، همراه است.

تعریف اجلاس جهانی غذا در سال ۱۹۹۶ از امنیت غذایی فضایی را برای افزایش همکاری بین دو بخش تغذیه و کشاورزی ایجاد نمود. تعریف چنین است: "امنیت غذایی زمانی وجود دارد که همه مردم در همه زمان ها، دسترسی فیزیکی و اقتصادی به غذاهای مغذی، سالم و مکفی جهت برآورده کردن نیازهای غذایی مورد نظر برای کسب زندگی سالم و فعال داشته باشند." این تعریف همچنین تمرکز روی نیازهای مصرف کنندگان را از دو جنبه مختلف تقویت می کند: (۱) فرهنگی (انتخاب های اولویت دار) (۲) بهداشتی (داشتن رژیم غذایی مکفی از نظر تغذیه ای و داشتن غذای سالم).

این دیدگاه مبتنی بر تقاضا می تواند به صورت شکل ۱ نشان داده شود. اما مصرف کنندگان نیز تنوع در رژیم غذایی شان را خواستارند. به طبع ضرورت های مختلف از جمله ذائقه، اعتبار، ماهیت شخصیتی، تغذیه و سلامتی، مصرف کنندگان دسترسی به طیف وسیعی از غذاها را می طلبند. اگر کشاورزان بخواهند توانایی خودشان را جهت تولید مایحتاج زندگی و درآمد قابل عرضه در اقتصادهای گسترده تر شهری و روستایی افزایش دهند، باید جوابگوی این تقاضاها در طی زمان باشند و یک پیش مبتنی بر علم تغذیه می تواند آنان را در انجام این امر یاری نماید.

زمانی که درآمد مردم بالا می‌رود، تقاضای آنان جهت مصرف میوه‌ها، سبزی‌ها و فرآورده‌های حیوانی به طور چشمگیری افزایش می‌یابد. این افزایش در تقاضا مربوط به اثر مرکب رشد درآمد و تغییرات در ذائقه می‌باشد که همراه با افزایش طول عمر و شهرنشینی رخ می‌دهد. در سطوح پایین مصرف، دریافت بالای این فرآورده‌ها که غنی از ریز مغذی‌ها هستند در بهبود وضعیت تغذیه تأثیر خواهد داشت. کمبود ویتامین و املاح مختلف مانند آهن، ید، اسید فولیک و ویتامین‌های A و D در مناطق فقیر شایع است و عواقب این کمبودها به طور اخص برای زنان، کودکان و نوزادان مطرح است.

شکل ۱: امنیت غذایی: یک هدف مشترک تغذیه و کشاورزی



در بالا ترین حد تمایل مصرف کنندگان

منبع: تعریف امنیت غذایی که بوسیله وزارت کشاورزی نروژ به کار رفته است.

اقتباس شده از سخنرانی W.B.Eide, A.Oshaug و A.Eide تحت عنوان "غذا، تغذیه و حقوق

بشر" در کنفرانس بین المللی تغذیه FAO/WHO ملل متحد

دانشکده تغذیه / انستیتوی حقوق بشر نروژ / دانشگاه اسلو ۱۹۹۲

جامعه تغذیه باید به عنوان دوست و هم پیمان کشاورزی، چه به طور غیر مستقیم در افزایش تقاضا برای رژیم های غذایی متنوع و چه به طور مستقیم در افزایش تقاضا برای غذاهای غنی از ریز مغذی ها عمل کند.

زمانی که درآمد افزایش می یابد، مصرف بالای چربی ها، قندها و نمکها به عنوان عامل خطرزای بیماری های غیر واگیر مانند بیماری قلبی عروقی، دیابت، فشار خون و بعضی از سرطان ها مطرح خواهد بود. تقاضا برای فرآورده های لبنی کم چرب، گوشت بدون چربی، میوه ها و سبزیجات تازه و روغن های غیر اشباع افزایش می یابد. در اینجا مجدداً جامعه تغذیه باید به عنوان هم پیمان راهگشای کشاورزی باشد و روندهای تغییر ذائقه مصرف کنندگان را پیش بینی کند نه اینکه مانند رقیبی همواره با کشاورزی در منازعه باشد و بهر حال در نتیجه این همکاری سلیقه و انتخاب متنوع مصرف کننده نیز برآورده خواهد شد.

مصرف کنندگان چه با سطح درآمد بالا و چه با سطح درآمد پایین هر دو سالم بودن غذا را مطلوب می دانند. استانداردهای سالم بودن غذا همواره به طور بالقوه یک مانع غیر قابل نفوذ در برقراری ارتباط بین کشاورزان خرده و مصرف کنندگان غنی تر بوده است و این مسأله هم در بازارهای بزرگ محلی کشورهای در حال توسعه و هم در کشورهای توسعه یافته وجود دارد.

پیشرفت و همسو بودن با استانداردهای سلامتی غذا (از جمله استانداردهای سلامتی - زیستی در مورد محصولات اصلاح شده ژنتیکی) نیاز به ظرفیت سازی و منابع دارد. جامعه کشاورزی باید از توانایی های جامعه تغذیه جهت رسیدن به استانداردهای سلامت غذا بهره بگیرد و این استانداردها به طور ملموس ابعاد دیگر نیازهای امنیت غذایی کشور را تعیین می کنند.

همچنین مصرف کنندگان برای بعضی غذاهایی که بطور محلی تهیه می شوند اولویت قایل هستند. این اولویت نه تنها بر اساس اقتصاد منطقه بلکه بر اساس فرهنگ محلی نیز تعیین

می‌شود. بنابراین جامعه کشاورزی در صورتیکه بخواهد فاصله بین مصرف کنندگان و منافع خودش را به حداقل برساند، باید از این اولویت بندی ها آگاه باشد. جامعه تغذیه تخصص و مهارت دیرینه ای در معرفی غذاهایی دارد که به طور گسترده به عنوان غذاهای محلی در یک منطقه مصرف می‌شوند و جامعه کشاورزی باید مشارکت خود را با بخش تغذیه جهت کاربرد این مهارتها در کشاورزی بهبود ببخشد. پایداری تأمین غذای کافی اغلب به عنوان یک عامل اساسی مطرح می‌شود. ولی در همه ابعاد امنیت غذایی که مطلوب مصرف کنندگان است قابل اجرا می‌باشد. مصرف کنندگان نمی‌خواهند که تأمین غذاهای مورد علاقه مصرف خود را از دست بدهند و از سوی دیگر کشاورزان نمی‌خواهند که منبع تأمین معاش آنان کاهش یابد. بنابراین هر دو گروه انگیزه‌هایی برای همکاری با همدیگر دارند تا اینکه پایداری سیستم های غذایی را که متضمن برآورده ساختن مواد غذایی مورد نیاز است بهبود بخشند.

افزایش همکاری بین دو بخش تغذیه و کشاورزی:

اگر بهره‌های بالقوه همکاری بین دو بخش کشاورزی و تغذیه تا این حد گسترده است (چه بهبود تغذیه و چه بهبود وضعیت کشاورزان) پس چرا نمونه‌های اندکی از این همکاری‌های موثر وجود دارند؟ بخشی از مشکلات در این حقیقت نهفته است که هر چند تغذیه در بین بخش‌های مختلف مشترک است ولی اغلب در مجموعه یک وزارتخانه - عمدتاً وزارت بهداشت - قرار می‌گیرد. در صورت فقدان انگیزه‌های قوی برای برنامه ریزی و سیاست‌های بین وزارتخانه‌ای جهت امنیت غذا و تغذیه، بخش‌های درگیر تغذیه هر وزارتخانه فقط به یکی از ارکان اساسی تغذیه خوب پرداخته و عملاً به بقیه ارکان کاری نخواهند داشت. این تمایل به ایجاد «وزارتخانه‌ی» تغذیه توسط مؤسسات سرمایه‌گذاری خارج از بخش تغذیه

(که اغلب وزارتخانه های دیگر هستند) و توسط برنامه آموزشی در دانشکده ها، دانشگاه ها و جوامع علمی تقویت می شود. یک دیدگاه تک بعدی این خواهد بود که تولید غذا را معادل امنیت غذایی یا تغذیه را معادل امنیت غذایی، بهداشت یا تغییر رفتاری در نظر بگیرند (به جای آنکه به ارتباط متقابل غذا، بهداشت و مراقبت های بهداشتی - یعنی همان ارکان یک تغذیه خوب - پردازند). آشکارا اکثر مؤسسات این چهارچوب فکری را در برنامه های خود جای نداده اند.

در موارد خاصی که انجمن های غذا و تغذیه ای وزارت های مختلف از جمله وزارتخانه های کشاورزی، بهداشت، امور اجتماعی و اقتصادی در کنار هم گرفته اند، موفقیت هایی کسب شده است. بیشتر کشورها به تجربه نوآوری ها و به کار بردن مدل های فکری تحلیلی در امنیت غذا و تغذیه نیاز دارند.

نتیجه گیری:

تمرکز بیشتر روی بخش تغذیه می تواند بخش کشاورزی را در برآورده کردن نیازهایش به شیوه های مختلف توانا تر سازد. همچنین می تواند اثرات فقرزدایی و بهبود تغذیه ای توسط کشاورزی را بالا ببرد و متضمن حمایت های بیشتر از کشاورزی به عنوان یک خواست عمومی ارزشمند گردد و این حمایت بیشتر باعث روی آوردن بخش خصوصی به کشاورزی در مقیاس کوچک خواهد گردید.

در ضمن افزایش توجه به بخش تغذیه می تواند کشاورزان را در پیش بینی نیاز مصرف کنندگان و نحوه برآورده ساختن آن کمک نماید. بنابراین دیگر جایی برای این سؤال باقی نخواهد ماند که آیا ارتباط نزدیک بین تغذیه و کشاورزی باید وجود داشته باشد. بلکه به جای

آن سؤال مهم این خواهد بود که چگونه باید این ارتباط برقرار گردد تا بهترین نتیجه حاصل آید. مشخصاً آنچه که ضروری خواهد بود، یک هدف مشترک یا بینش عقلانی است که هم کشاورزی و هم تغذیه را در سیاست گذاری، توسعه راهبردها و خلاقیت های سازمانی به گونه ای راهنمایی کند که این اهداف مشترک در راستای منافع مصرف کنندگان و کشاورزان فقیر قابل درک و ملموس باشد.

Suggested Reading:

Hddad, L.2000.A conceptual framework of assessing agriculture-nutrition linkages.Food and Nutrition Bulletin 21(4):367-373.

Pinstrup-Andersen, P., and R.Pandya-Lorch, eds.2001.The unfinished agenda: Perspectives on overcoming hunger, poverty, and environmental degradation.Washington, D.C: International Food Policy Research Institute.

فصل هفتم

تغذیه و جنسیت

فصل هفتم - تغذیه و جنسیت

نقش‌های اجتماعی وابسته به جنس در مردان و زنان و نقش‌های بیولوژیک آنان با هم تعامل داشته، به طوری که روی وضعیت تغذیه کل خانواده یا هر یک از جنس‌ها تأثیر می‌گذارد. بدلیل دفع دوره‌ای آهن در زنان و بارداری آنان، وضعیت تغذیه زنان به طور ویژه نسبت به کمبودهای غذایی، بهداشت و خدمات بهداشتی آسیب پذیرتر است. به علاوه وضعیت تغذیه ای نوزادان و شیرخواران نهایتاً بستگی به وضعیت تغذیه ای مادر در دوران قبل، حین و پس از بارداری دارد.

اصولاً زنان دسترسی محدودی به زمین، آموزش، اطلاعات، اعتبار، فن آوری و مراجع تصمیم‌گیری دارند. اولین مسئولیت آنان پرورش کودکان است و به شبکه‌های اجتماعی توسعه یافته ای متکی هستند که این شبکه‌ها به صورت مراجع غیررسمی ایمن در زمان‌های بحران برای خانواده عمل می‌کنند. زنان حتی وقتی استخدام رسمی شوند عمدتاً نسبت به همکاران مرد علیرغم داشتن مهارت‌های یکسان با آنان، مزایا و حقوق کمتری بدست می‌آورند.

زنان بخاطر وظیفه سه گانه ای که دارند: مولد بودن (درآمدزایی)، تولیدمثل و نقش‌های اجتماعی، وقت کمتری برای تأمین نیازها، اوقات فراغت و موارد دیگر دارند. تغذیه نامناسب دختران در اوایل زندگی توانایی یادگیری آنان را کاهش و خطرات سلامتی و تولیدمثل را افزایش می‌دهد و در ضمن قدرت مولد بودن آنها را می‌کاهد. این وضعیت بخاطر کاهش توانایی زنان جهت دستیابی به دیگر سرمایه‌های ارزشمند زندگی در دوره‌های بعد پدید می‌آید و تلاش‌های آنان را جهت رفع نابرابری جنسی کم‌رنگ می‌سازد. در واقع زنان با تغذیه نامناسب در چرخه‌های معیوبی از فقر و سوء تغذیه گرفتار می‌شوند.

نابرابری جنسی در همه سطوح نامطلوب است

نابرابری در دستیابی به سرمایه ها و استفاده از آنها عواقب شدیدی را در توانایی زنان جهت تهیه غذا، مراقبت های بهداشتی و رسیدگی به خود، همسران و کودکان آنان بویژه دخترانشان در پی دارد. زنانی که قدرت تأثیر کمتری در خانواده و اجتماع دارند، قادر نخواهند بود تغذیه خانواده خود را نیز به خوبی انجام دهند. این چنین زنانی در زمان بیماری کودکانشان توانایی مراقبت و پیگیری را نخواهند داشت و به خوبی نمی توانند با فرزندان خود رابطه برقرار نمایند.

هرگونه کاهش تبعیض جنسی به بهبود وضعیت کل خانواده منتهی می گردد. شواهد مهمی دال بر این قضیه هستند که دسترسی عادلانه و داشتن اختیار یکسان در استفاده از سرمایه ها بازده کشاورزی را بالا می برد، این سرمایه گذاری آموزش کودکان را ارتقا می دهد، میزان مراجعه به کلینیک های بهداشتی برای بهبود مراقبت از نوزادان و امنیت غذایی خانوار را افزایش داده و رشد و تکامل کودکان را شتاب می بخشد. همچنین رفع تبعیض توزیع عادلانه اقتصادی را در کل جامعه فراهم می سازد. سهم زنان در تولید و تهیه غذا و مراقبت از کودکان سنگ بنای توسعه اقتصادی و اجتماعی جوامع است که تا کنون سوء تغذیه مانع دستیابی به این اهداف بوده است.

به علاوه سوء تغذیه در زنان به طور چشمگیری عامل افزایش مرگ و میر مادران است و به طور مستقیم باعث افت وضعیت تغذیه ای و عقب ماندگی رشد کودکان می گردد. سوء تغذیه مادران که با بدنیا آوردن کودکان زیر وزن طبیعی (LBW)¹ همراه است، باعث افزایش

1-Low Birth Weight

مرگ و میر نوزادان می گردد، بر هزینه مراقبت های بهداشتی می افزاید و توان نیروی انسانی را برای شکوفایی اقتصادی می کاهش دهد. همچنین این امر به وضوح آشکار است که سوء تغذیه جنین وضعیت سلامتی وی را در دوره های بعدی زندگی تحت تأثیر قرار می دهد و در واقع او را برای ابتلاء به بیماریهای غیرواگیر (مانند چاقی، دیابت، بیماریهای قلبی- عروقی و ...) مستعدتر خواهد کرد، به علاوه سوء تغذیه مادران کیفیت مراقبت از کودک از سوی مادر را پایین آورده و میزان برقراری ارتباط مادر و کودک را که برای رشد مناسب کودک ضروری است، می کاهش دهد. وضعیت تغذیه ای و اجتماعی- اقتصادی زنان برای حفاظت از خودشان، کودکانشان و حتی جامعه در برابر آلودگی به ایدز/ HIV و بیماریهای عفونی دیگر بسیار مهم است. وسعت اثر پاندمی ایدز در نواحی صحرای آفریقا فراتر از تصور است. طی برآوردی در سال ۱۹۹۸ شیوع ایدز در سطح جهانی در بین بزرگسالان را ۳۲/۲ میلیون نفر و در کودکان ۱/۲ میلیون کودک گزارش نموده اند. ایدز/ HIV اثرات عمیقی بر توانایی کاری زنان دارد. تغذیه صحیح می تواند کیفیت زندگی آنانی را که به ویروس ایدز مبتلا شده اند از طریق تقویت سیستم ایمنی بهبود بخشد. زیرا سطح سرمی ریزمغذی ها در مبتلایان به HIV کاهش پیدا می کند. تغذیه مناسب همچنین حساسیت زنان را در برابر عفونت های فرصت طلب مانند سل (اولین عامل مرگ در اوایل زندگی زنان) کاهش می دهد.

سل بیماری است که شیوع آن توسط HIV افزایش می یابد. نهایتاً بهبود تغذیه زنان از طریق بهبود وضعیت تغذیه در دوران کودکی و نوجوانی آنان را قادر می سازد که در برابر بیماری ایدز مقاومت نمایند، زیرا فرصت های بهتری را برای زندگی کردن و تولید پیدا خواهند نمود.

بهبود زندگی زنان از طریق بهبود تغذیه:

بهبود وضعیت تغذیه‌ای دختران، زنان جوان و زنان بالغ این احتمال را قطعی‌تر می‌سازد که فشارها و محدودیت‌های فرهنگی فراروی زنان برداشته شود، البته در صورتیکه مزایای سرمایه‌گذاری بر روی سرمایه‌های انسانی مورد توجه قرار بگیرد. تغذیه بهتر دختران، حضور دختران در مدرسه و فراگیری بیشتر را تسهیل می‌کند. همچنین غیبت آنان از کلاس درس به خاطر بیماری کمتر و نیز دقت و توجه آنان بیشتر و بهتر خواهد شد. در ضمن از نظر اقتصادی بیشتر مولد خواهند بود و از گزینه‌های مختلف امرار معاش بیشتر مطلع بوده، در جوانب مختلف تصمیم‌گیری از جمله خانه‌داری و تربیت فرزندان قدرتمندتر خواهند بود. قدرت مهار بیشتری در کنترل فعالیتهای جنسی - که هم برای تنظیم خانواده و هم برای پیشگیری از ایدز / HIV اساسی است - خواهند داشت.

به علاوه نسل‌های آینده (زنان و مردان آتی) از این سرمایه‌گذاری روی نیروهای انسانی از طریق بهبود وضعیت تغذیه در دوران‌های مختلف زندگی، بهره خواهند برد. تغذیه مناسب نوزادان شرط ضروری توسعه سرمایه بشری است. دستیابی به این سرمایه، امکان بهره‌برداری از دیگر سرمایه‌های فیزیکی (مانند تجهیزات کشاورزی)، طبیعی (مانند حقوق آب و خاک)، مالی (مانند خدمات مالی خرد) و اجتماعی (مانند دستیابی به ارتباطات اجتماعی) را تسهیل می‌کند.

کسب سرمایه‌های بشری برای توسعه پایدار انسان‌ها حیاتی است. مشارکت برنامه‌های تغذیه‌ای در سیاست‌ها و برنامه‌های بهبود وضعیت کلی زنان این احتمال را فراهم می‌سازد که سود حاصل از آن نه تنها در میان مدت بلکه در زمان‌های طولانی نیز متوجه نسل‌های آینده گردد. افزایش محتوای برنامه‌های عمومی که به تغذیه بر اساس جنس توجه خاصی داشته،

قصده دارند وضعیت تغذیه زنان را بهبود بخشیده و فرآیندهای توسعه را پایدارتر و با ثبات تر سازند.

روش هایی برای بهبود بخشیدن به وضعیت تغذیه زنان:

جامعه تغذیه جزئیات زیادی را درباره آنچه که باید برای بهبود تغذیه نوزادان، شیرخواران و کودکان انجام شود، کسب کرده است. تا این اواخر توجه زیادی به برنامه های اجرایی اولیه مؤثری که وضعیت تغذیه دختران جوان و زنان حامله را بهبود ببخشد، مبذول نمی شد. بهبود وضع تغذیه ای دختران و زنان منوط به بکارگیری روش های موفقیت آمیز قبلی و در کنار آن به کارگیری برنامه های موجود جهت تقویت توانایی آن روش ها برای دستیابی به موفقیت نهایی است. کمبودهای تغذیه ای زنان و دختران را می توان از طریق مکمل یاری متعادل و طولانی مدت با پر کردن ذخایر آنها برطرف ساخت.

آموزش تغذیه هدف دار بر اساس جنس نیز برای پایدارتر ساختن یک الگوی غذایی مناسب مورد نیاز است. وظیفه جامعه تغذیه است که ابزارهای مداخله تغذیه ای مناسبی جهت تعیین نیاز دختران، زنان جوان و زنان باردار به کار گیرد. این برنامه ها الزاماً پر هزینه نیستند. برنامه های مکمل یاری آهن برای زنان باردار و غنی سازی نمک با ید در موارد بیشماری به خوبی جواب داده است. در ضمن مکمل یاری آهن می تواند برای دختران و زنان در سنین باروری به عنوان یک راهبرد پیشگیرانه قبل از بارداری به کار گرفته شود. به منظور سرعت بخشیدن به این روند توسعه، جامعه به مجموعه ای از تجارب، مهارتها و افراد خبره نیاز دارد که در همه ابعاد رفاه نوجوانان (و نه فقط تغذیه) کار می کنند. تا اینکه نه تنها برنامه های تغذیه ای مؤثر بلکه شیوه های پیاده نمودن آسان نیز توسعه یابند.

در بین تلاش های غیر مستقیم جهت بهبود بخشیدن وضعیت تغذیه زنان، اطمینان از امنیت غذایی در سطح خانوار مهم ترین قدم اولیه است. دسترسی به غذای با کیفیت بالای تغذیه ای در همه زمان باید به عنوان اولین اولویت در برنامه ریزی باشد. جهت اطمینان از دسترسی عادلانه به غذا برای زنان و مردان خصوصاً آنانیکه در معرض ناامنی غذایی گذرا یا طولانی مدت قرار دارند باید سنجش ها روی گزینه های پایدار متمرکز شود. این گزینه ها شامل گسترش و بهبود انواع محصولات زودبازده^۱ و مقاوم در برابر خشکسالی است.

یکی از برنامه های عملی امنیت غذایی مبتنی بر جامعه که نتایج مثبتی را برای زنان به همراه داشته برنامه باغچه های خانگی Helen Keller می باشد و این اولین بار در بنگلادش پیاده شد. این طرح می تواند باعث افزایش دسترسی به غذا و ارتقای وضعیت تغذیه ای (خصوصاً وضعیت ریز مغذی ها) در زنان و دختران یک خانوار گردد و همچنین از طریق بالا بردن درآمدها، زنان را از نظر اقتصادی نیز توانمندتر ساخته است.

شیوه مهم دیگر در سرمایه گذاری غیرمستقیم جهت بهبود بخشیدن وضعیت تغذیه دختران و پسران، افزایش دسترسی زنان به آموزش است. آموزش نه تنها سطح سواد را بالا می برد بلکه میزان باروری را نیز کاهش می دهد و شانس مشارکت بیشتر دختران را در فعالیتهای اقتصادی با سطوح بالاتر فراهم می آورد. همچنین این اطمینان را می دهد که دختران مهارتهای مراقبت خوب را کسب نمایند و به آنان کمک می کند تا تغذیه بهتری را هم برای خود و هم برای فرزندان آینده شان داشته باشند.

مشارکت بین برنامه های رفع تبعیض جنسیتی و جامعه تغذیه:

یک موضوع همیشه برنده تلاش هایی که جهت بهبود وضع تغذیه زنان انجام می شود، در صورتیکه در کنار سیاست ها و برنامه های بهبود وضعیت عمومی زنان و رفع نابرابری های جنسیتی انجام شوند، سودمندتر خواهند بود.

اما چگونه این سیاست ها می توانند برنامه های تغذیه را شرکت دهند؟ همچنانکه در جدول ۱ نمایان شده، سیاست های عمومی که هدف آنان بهبود بخشیدن به وضع تغذیه زنان می باشد، می توانند رفع تبعیض را هم از طریق افزایش امید به بهبود وضعیت و هم یافتن فعالانه راه های اصلاح وضعیت پیاده نمایند.

جدول ۱: تغذیه و سیاست های عمومی ارتقاء وضعیت زنان از طریق افزایش تمرکز بر تغذیه آنان

سیاست بهبود وضعیت زنان و نمونه ای از برنامه تغذیه ای		عوامل تعیین کننده تغذیه
ارتقاء موارد اکتسای در وضعیت زنان	بستر سازی	
دسترسی هدفمند زنان به منابع جدید (به عنوان مثال؛ گنجاندن تغذیه در برنامه های معتبری که زنان فقیر را مورد هدف قرار داده، این اطمینان را بدهد که بهبود جاری در وضع زنان خدشه ای به تغذیه شیرخواران دختر وارد نمی کند.	اصلاح قانونگذاری جهت یکسان نمودن حقوق: مدنی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (به عنوان مثال؛ پایش اختلاف در تغذیه شیرخواران دختر و پسر)	پایه ای (مانند درآمدها و قانونگذاری)
استفاده از راهکارهای مالی جهت افزایش دسترسی دختران به سیستم مراقبت های بهداشتی و تغذیه ای	اصلاح خدمات رسانی (به عنوان مثال؛ یکسان سازی دسترسی به آب، خدمات بهداشتی و خدمات ترویج کشاورزی)	زمینه ساز (مانند امنیت غذایی، سیستم های بهداشتی، مراقبت کودک)
استفاده از بارانه ها جهت بهبود وضعیت مهدکودکها و شیرخوارگاه ها برای کمک به مادران شاغل	اصلاح خدمات رسانی بهداشتی (به عنوان مثال؛ یکسان سازی پوشش واکسیناسیون، مراقبتهای درمان و پیشگیری، قرارداد ساعت های کاری انعطاف پذیر و اختصاص دادن زمان و محل های شیردهی برای مادران شاغل)	ضروری و فوری (مانند رژیم غذایی، عفونت)

نتیجه گیری:

نابرابری جنسی در دسترسی و بکارگیری منابع نه تنها برای زنان و فرزندانشان عادلانه نیست بلکه باعث رکود اقتصادی نیز می شود و همچنین این مساله باعث تخصیص نادرست منابع محدود، بالا بردن هزینه مراقبتهای بهداشتی، کاهش تولید و افت روندهای توسعه انسانی

می‌گردد. سرمایه‌گذاری در زمینه تغذیه زنان ابزار سنجش کوتاه‌مدت مهمی در ارزیابی میزان استقبال از بهبود تغذیه خانوار و ظرفیت کلی توسعه انسانی در کشور است. پایه‌ریزی هدف بهبود تغذیه دختران خردسال و نوجوان این اطمینان را فراهم می‌سازد که شرایط زنان در طول دوره‌های زندگی ارتقاء پیدا خواهد کرد. با توجه به موقعیت حساس زنان و دختران در کشورهای در حال توسعه، تلاشها جهت بهبودی وضع کلی زنان باید با برنامه‌های بهبود وضع تغذیه‌ای دختران خردسال، نوجوان و بالغ همراه گردد. لحاظ کردن برنامه‌های تغذیه با توجه به جنس در برنامه‌ها و سیاست‌هایی که قصد بهبود بخشیدن به وضع زنان را دارند، نتایج مورد انتظار کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت این برنامه‌ها را عملی‌تر خواهد ساخت. ارتقاء وضعیت تغذیه نوزادان و کودکان دختر منجر به بهبودی سرمایه‌های بشری در نوجوانان، توانمندسازی زنان بالغ و توسعه کشور خواهد شد.

Suggested Reading:

ACC/SCN) United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition).1997.Nutrition and Poverty.Papers from the ACC/SCN 24th session symposium .Kathmandu , March 1997.Nutrition Policy Paper Number 16.Geneva.

-----.1999.Ending malnutrition by 2020 :An agenda for change in the millennium.Final draft of the ACC/SCN Commission on Nutrition, March 1999.Geneva.

FAO/ILSI) Food and Agriculture Organization of the United Nations/International Life Sciences Institute).1997.Preventing micronutrient malnutrition: A guide to food based approaches :A manual for policy makers and program planners.Washington D.C :ILSI.

ICN) International Conference on Nutrition).1992.Major issues for nutrition strategies.Rome :Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Food Programme.

World Bank.2001.Engendering development.Policy Research Report.Washington D.C :Oxford University for the World Bank.

فصل هشتم

تغذیه و فقر

فصل هشتم - تغذیه و فقر

سوء تغذیه دامنگیر درصد بالایی از جمعیت دنیاست. مرگ و میر حداقل ۲۰ درصد جمعیت جهان مربوط به سوء تغذیه است، وقتی که برآوردهای دقیق تری صورت بگیرد و بیماریهای ناشی از رژیم غذایی مانند دیابت، چاقی و فشار خون و طیف های مختلف سوء تغذیه نیز در نظر گرفته شوند. طبق برخی تخمین ها حدود نیمی از جمعیت جهان مبتلا به سوء تغذیه هستند.

چرا تلاش همگانی مورد نیاز است؟

دلیل تلاش همگانی جهت ریشه کنی نمودن سوء تغذیه به اندازه کافی قوی است و دلایل دیگری که ضرورت این مسأله را مورد تأکید قرار می دهند مربوط به ابعاد اخلاقی و اقتصادی است. تلاش همگانی برای کاهش سوء تغذیه یک وظیفه اخلاقی است. غذا و تغذیه حقوق مسلم انسان هستند، همچنانکه در گردهمایی های مختلف این مساله به طور اهم مورد تأکید قرار گرفته است (آخرین مورد مربوط به مجمع حقوق کودکان در سال ۱۹۸۹ بوده است). دولت ها وظیفه دارند که اطمینان دهند این ابعاد سلامتی انسان برآورده می شوند. از نظر اقتصادی مراکز خصوصی بهداشت، آموزش، بهسازی محیط و دیگر عوامل تغذیه خوب اغلب بسیار کم رنگ و در پاره ای موارد خارج از دسترسی افراد فقیر هستند به علاوه دسترسی به خدمات موجود نیز ناعادلانه است و خصوصاً در ارتباط با جنس این مساله ملموس تر است؟ زنان که نقش آنان برای داشتن تغذیه خوب در ادوار مختلف زندگی کلیدی است، در بیشتر قسمت های دنیا با تبعیض روبه رو می شوند. تغذیه یک سرمایه گذاری بهینه است و بهبود

تغذیه، افراد و جوامع را توانمند می سازد و در عمل فرآیند توسعه را تقویت کرده، منجر به کاهش فقر می گردد.

توانمند سازی افراد برای کاهش فقر

در جامعه جهانی، پاداش به خلاقیت و نوآوری بیشتر از هر چیز دیگر بها دارد و سوء تغذیه به شیوه ای غیر قابل مهار هر دوی اینها را می خشکاند. تغذیه بهتر ظرفیت هوشی را بهبود می بخشد و ظرفیت هوشی بهبود یافته توانایی بزرگسالان را جهت دست یافتن به سرمایه‌هایی که اساس ارتقاء تولید کاری هستند، بالا می برد. فردی که مولدتر است گزینه های بیشتری را برای امرار معاش در دسترس دارد که این عایدات اختصاصی زندگی را افزایش می دهد. از سوی دیگر فرد را در برابر شوک های خارجی مانند بیماری، عدم استخدام و بلایا و حوادث طبیعی قدرتمند می گرداند.

به علاوه بهبود وضعیت تغذیه از بارداری تا ۲۴ ماه پس از تولد هزینه مراقبت های بهداشتی عمومی و خصوصی را به نحوی کاهش می دهد که در تمام دوران زندگی آشکار خواهد بود. زمانی که از ابتدای زندگی، کودکان از تغذیه کافی بهره مند شوند، چرخه های تکرار فقر بین نسل ها شکسته خواهد شد.

هیچ محاسبه اقتصادی نمی تواند به طور کامل منافع چنین پیشرفت های ذهنی، فیزیکی و اجتماعی پایداری را برآورد کند. بعضی از مطالعات مقطعی نشان داده اند که نسبت درصد بهبود دستمزد افراد به درصد بهبود وضع تغذیه افراد از یک بیشتر است.

(Δ = درصد بهبودی در وضعیت دستمزد / درصد بهبودی در وضع تغذیه)

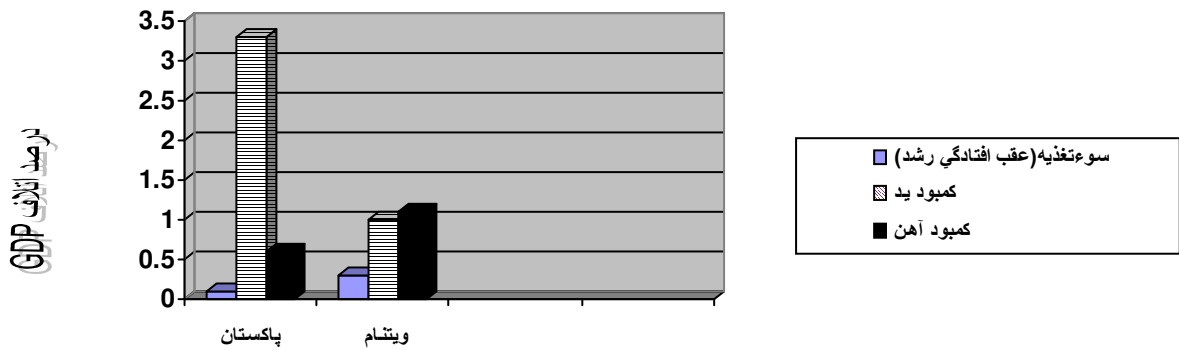
مطالعات دیگر روی کودکان ایالت متحده در طی زمان به این نکته دلالت دارند که افزایش یک پوند در وزن هنگام تولد (حدود نیم کیلوگرم) منجر به افزایش ۷ درصد در عایدات زندگی می‌گردد. اما این برآوردها در سطح کلان چقدر قابل توجه خواهند بود؟

بعضی از محققین اطلاعاتی را در مورد اثرات سوء تغذیه در شیرخواران و کودکان بر میزان ثبت نام در مدرسه، میزان فراگیری آموزش‌ها، توانایی شناختی و عایدات زندگی جمع‌آوری کرده‌اند. آنان همچنین اطلاعاتی در مورد اثرات وضعیت تغذیه بزرگسالان روی درآمدزایی به دست آورده‌اند. با این روش محاسبه هزینه‌های اقتصادی ناشی از سوء تغذیه تحت عنوان GDP هدر رفته انجام شده است. برآوردهایی که در سالهای ۱۹۹۰ برای کشورهای مختلف آسیایی منتشر شده، نشان می‌دهد که میزان اتلاف GDP بر اثر اجزاء مختلف سوء تغذیه می‌تواند حدود ۳٪ درآمد ملی باشد (شکل ۱ و ۲). البته این برآوردها کمتر از مقدار واقعی هستند و بعضی از موارد سوء تغذیه مانند کمبود در برخی گروه‌های سنی مانند نوجوانان را از قلم می‌اندازند. زیرا ما نمی‌دانیم که چگونه برآوردهای مربوط به اشکال مختلف سوء تغذیه به عنوان عوامل کاهنده تولید، با هم جمع می‌شوند همچنین این برآوردها میزان‌های اتلاف مربوط به سوء تغذیه از نوع بیش‌مصرفی را به حساب نمی‌آورند. بیماری‌های مزمن ناشی از سوء تغذیه نیز هزینه‌های سنگین دارند. در کشور چین این هزینه‌ها حدود ۲/۴ درصد GDP است (شکل ۳).

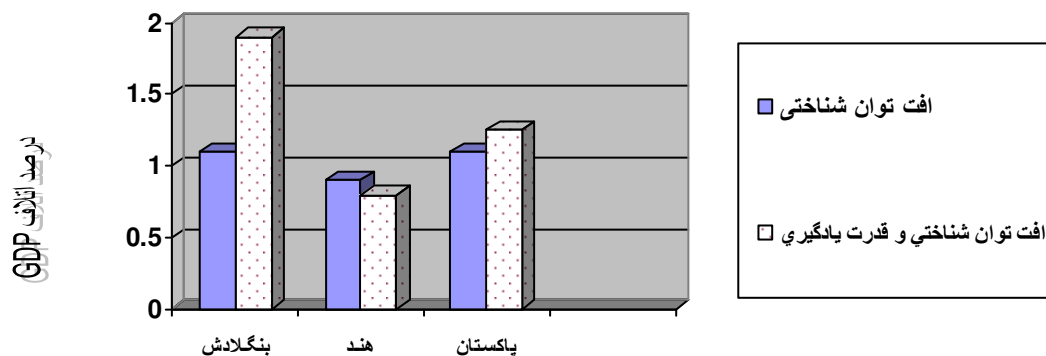
این برآورد نیز ناقص است. زیرا در این برآورد نیز اتلاف نیروی کار محاسبه نشده و تنها مرگ در نظر گرفته شده است. کاهش سوء تغذیه در دوران جنینی و شیرخواری در نهایت اثر مثبت فوق‌العاده‌ی زیادی را به بار می‌آورد. کودکان خوب تغذیه شده کمتر دچار بیماری‌های مزمن مرتبط با رژیم غذایی مانند فشار خون و دیابت در بزرگسالی می‌شوند و مادران خوب تغذیه

شده احتمال به دنیا آوردن کودکان سوء تغذیه ای کمتری دارند. شکل ۴ ارتباط بین سوء تغذیه جنین و کودکان را با بیماری های مزمن در چین و سری لانکا نشان می دهد. در مورد چین برآورد شده که سوء تغذیه کودکان، عامل یک سوم دیابت ها و حدود ۱۰٪ سکته ها و بیماری های قلبی-عروقی می باشد.

شکل ۱: اتلاف GDP ناشی از کاهش توان بزرگسالان در اثر بعضی از اشکال سوء تغذیه (دهه ۱۹۹۰)



شکل ۲: اتلاف GDP ناشی از کمبود آهن



توانمند سازی جوامع:

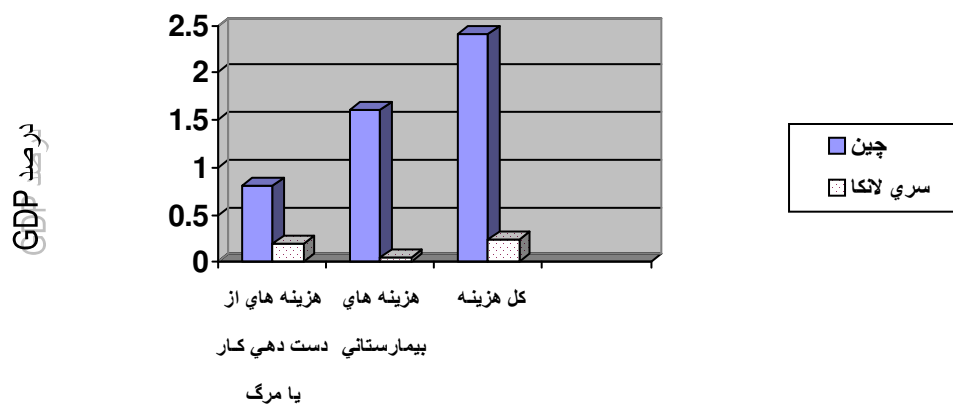
همانطوری که تغذیه بهتر افراد را قدرتمند می سازد، فرآیندی که از طریق آن سوء تغذیه کاهش می یابد نیز می تواند جوامع را توانمند سازد، بر خلاف انواع دیگر مداخلات مربوط به سرمایه گذاری روی منابع بهره انسانی برنامه های تغذیه ای اغلب مبتنی بر جامعه هستند. زمانیکه جوامع ظرفیت ارزیابی، تجزیه و تحلیل و پیاده کردن برنامه های تغذیه را پیدا کنند می توانند این ظرفیت را در مورد انواع دیگر برنامه های توسعه نیز به کار ببرند. همچنین برنامه های تغذیه ای جامعه نگر می توانند اعتماد و اطمینان را به بار آورده، مجموعه ای از ارزش ها و هنجارهای مشترک را بیافرینند این بخش از سرمایه های اجتماعی در جهت تولید درآمد و کنترل عوامل خطر مهم هستند و همچنین ممکن است جوامع را در تمرکززدایی و ترقی یاری کنند و نیز جوامع غیر متمرکز را در رسیدن به هدف مطلوبشان توانمند سازند.

داده های کیفی حاصل از برخی از مطالعات این شواهد را مورد تایید قرار می دهند و شواهدی نیز از آفریقای جنوبی و مناطق دیگر نشان می دهند که سرمایه اجتماعی توانایی مردم را جهت کسب درآمد بالا می برد. ارتقاء سطح اجتماعی جوامع به رفع الگوهای فقر کمک می کند. علاوه بر این موارد، جوامع توانمند بیشتر و بهتر می توانند با تضادها و عوامل نامساعد روبرو شوند. کاهش سوء تغذیه یکی از عواملی است که می تواند بحران های اجتماعی را کاهش دهد. خصوصاً اگر این فرایند از طریق برنامه های جامعه نگر حاصل شوند. بحران های اجتماعی داخلی یا بین المللی، زندگی افراد را ویران می کند، سرمایه های اساسی و درآمد آنان را به باد می دهد. به علاوه چون جوامع بیشتر با یکدیگر مرتبط شده اند عدم ثبات به سرعت از یکی به دیگری منتقل می شود.

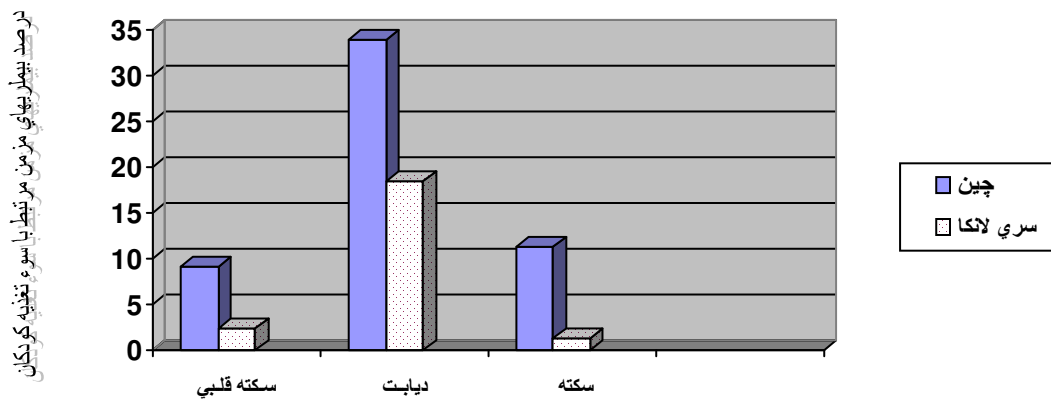
نتیجه گیری:

بهبود تغذیه در ارتقاء سطح درآمدها، کاهش فقر و توسعه سریع امری محوری است. افرادی که خوب تغذیه می شوند. پایه و اساس ملتی را تشکیل می دهند که به حقوق بشری احترام می گذارند و برای بالا بردن سطح تولید تلاش می کنند. مادرانی که خوب تغذیه شده اند کودکان سالمی به دنیا خواهند آورد که زودتر به مدرسه خواهند رفت، بیشتر یاد خواهند گرفت، موفق تر خواهند بود و فرزندان کمتر و سالمتری را برای نسل بعد پدید خواهند آورد، همچنین این فرزندان در شغلشان موفق تر خواهند بود، با مخاطرات به خوبی روبرو خواهند شد و بیماری های مزمن ناشی از سوء تغذیه در میان سالگی کمتر دامنگیر آنان خواهد شد.

شکل ۳: هزینه های اقتصادی ناشی از بیماریهای مزمن با منشاء تغذیه ای چین و سری لانکا؛ ۱۹۹۵



شکل ۴: بیماریهای مزمن و سوء تغذیه کودکان چین و سری لانکا؛ ۱۹۹۵



جوامعی که از طریق برنامه های تغذیه ای جامعه نگر تقویت می شوند، احتمال بیشتری برای دستیابی به منابع محوری خواهند داشت و قادر به استفاده از آنها به طور موثر و در دامنه وسیعی از فعالیتها خواهند بود و توان و تخصصشان را در فرآیند توسعه به کار خواهند گرفت. در جوامع توانمند و خوب تغذیه شده احتمال اینکه تضاد و بحران و عواقب سهمگین آن رخ دهد بسیار کمتر خواهد بود. در دنیای کنونی با روند رو به افزایش ارتباطات آن، ثمره تغذیه خوب از هر امری بالاتر است.

Suggested Reading:

ACC/SCN) United Nations Administrative Committee on Coordination /Sub Committee on Nutrition(.2000.Fourth report on world nutrition situation.Geneva :ACC/SCN in collaboration with IFPRI.

Behrman J. and M.Rosenzweig.2001.The returns to increasing body weight.Unpublished paper Department of Economics ,University of Pennsylvania,Philadelphia,penn.,USA.

Hoddinott J. M.Adato T.Besley and L.Haddad.2001.Participation and poverty reduction :Issues ,theory and new evidence from south Africa.Food Consumption and Nutrition Division Discussion paper 98.Washington DC : International Food Policy Research Institute.

Gardner G. and B.Haweil.2000.Underfed and Overfed :The global epidemic of malnutrition .Worldwatch paper 150.Washington DC : Worldwatch Institute.

Gilleespie S. and L.Haddad.2001.Attacking the double burden of malnutrition in Asia and Pacific.Policy paper.Manila :Asia Development Bank.

Haddad L. and H.Bouis 1991.The impact of nutritional status on agricultural productivity :Wage evidence from the Philippines.Oxford Bulletin of Economics and Statistics 53(1):45-68.

Horton S.1999.Opportunities for investment in nutrition in low-income Asia.Asia Development Review 17(12):246-273.

Maluccio J. L.Haddad and J.May.2000.Social capital and welfare in south Africa, 1993-1998.Journal of Development Studies 36(6):54-81.

Popkin B.M. S.Horton and S.kim .2000.The nutrition transition and diet-related chronic disease in Asia :implications for prevention .Paper submitted to the Asian development Bank for the RETA 5824 project.

Department of Nutrition and Carolina Population Center,University of North Carolina at Chapel Hill,and Munk Center for International Studies,University of Toronto.

UNICEF) United Nation Children's Fund).1998.The state of the world's children.Oxford: Oxford University Press.

World Bank.1993.World development report 1993 :Investing in health.New York :Oxford University Press for the World Bank.

فصل نهم

تغذیه و بحران

فصل نهم - تغذیه و بحران

در طی ۱۵ سال گذشته نا امنی های غذایی، سوء تغذیه و عدم سرمایه گذاری مناسب در سیستم های بهداشتی، زمینه ساز افزایش بحرانهای ملی بوده و کشورها را نسبت به عوامل خطر ساز آسیب پذیر ساخته است. در طی این دوره جهان افزایش هشدار دهنده ای را در هزینه های مربوط به حوادث و مصیبت های بشری تجربه نموده که به طور چشمگیری سالانه دامنگیر میلیونها نفر شده است و شوک هایی همچون جنگها و آشوبهای داخلی شدید، آسیب های طبیعی مانند خشکسالی ها و طوفان های سهمگین، شوک های اقتصادی و افزایش شیوع اپیدمی HIV/AIDS وجود داشته اند. بیشترین قربانیان کسانی بوده اند که بخاطر جنگ و بلایای طبیعی بی خانمان شده اند و از ۲۰ میلیون نفر در سال ۱۹۸۵ به ۴۰ میلیون نفر در سال ۱۹۹۴ رسیده اند و تا سال ۱۹۹۹ در حد بیش از ۳۵ میلیون نفر به طور ثابت باقی مانده اند. افراد مبتلا به ایدز از چندین میلیون نفر در اوایل سال های ۱۹۸۰ به ۳۴ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ افزایش پیدا کرده اند. این بحرانها علاوه بر آسیب زایی شدید و مرگ و میر گسترده، کشورهای در حال توسعه را دچار تنزل توان اقتصادی و کاهش چشمگیر تولید مواد غذایی کرده است. هزینه های جهانی که برای رفع بحران های انسانی صرف شده اند افزایش پیدا کرده، در حالیکه سرمایه گذاری برای توسعه راکد مانده یا کاهش پیدا کرده است. به عنوان مثال از سال ۱۹۸۵ تا سال ۲۰۰۰ تعادل برنامه جهانی غذا بیشتر به سمت مسایل اورژانسی تغییر پیدا کرده و از تلاش در زمینه توسعه پایدار امنیت غذایی دور مانده است. اکنون زمان آن فرا رسیده که

روی تغذیه به عنوان ابزاری جهت پیشگیری، کاهش و مدیریت بحران به سه دلیل سرمایه گذاری شود:

۱- تغذیه خوب ستیزهای جامعه را که زمینه ساز ناامنی اجتماعی هستند، بر طرف می کند.

۲- تغذیه خوب آسیب پذیری بشر را در برابر شوک های سیستمیک در بلایای انسانی کاهش می دهد.

۳- تغذیه خوب باعث کاهش میزان مرگ و میر می گردد و بازگشت به توسعه پایدار و عادلانه را پس از بحران ها تسریع می نماید.

مشکلات تغذیه ای به عنوان عامل ناآرامی:

مطالعات مربوط به «شکست و ناتوانی حکومتی» نشان می دهد که مهمترین عامل پیش بینی کننده آشوب ها و ناسازگاری های آتی در یک کشور میزان مرگ نوزادان در حد بالاتر از متوسط جهانی است. مرگ نوزادان به خودی خود آشوب ایجاد نمی کند بلکه مرگ نوزادان مهمترین متغیر مؤثر جهت انعکاس کیفیت امکانات زندگی است. درحقیقت گروهی از متغیرها موجب مرگ می شوند مانند سوء تغذیه، مراقبت بهداشتی نامناسب، فقدان آموزش و این عوامل می توانند پیشگوی وضعیت باشند. همچنانکه متخصصین تغذیه به خوبی می دانند، بیشتر از نیمی از مرگ های کودکان در دنیا، سالانه مربوط تغذیه نامناسب است. و عامل اصلی و کلیدی سوء تغذیه، همچون عوامل ناآرامی، کمبود منابع هستند که توسط سیستم های اقتصادی - سیاسی معیوب ایجاد می شود و چنین سیستم هایی دسترسی

عادلانه به غذا، آموزش و مراقبت‌های بهداشتی را محدود می‌کنند. عوامل اساسی سوء تغذیه، جنگ و آشوب‌ها مشابه یکدیگر هستند و همه این علل با نقض حقوق بشر و بی توجهی دولت‌ها و ناتوانی در توزیع عادلانه منابع مرتبط هستند. ناامنی غذایی معمولاً با ستیز برای دستیابی به منابع کمیاب، رو به اتمام و یا ناعادلانه توزیع شده مانند زمین و آب همراه است. روابط اکولوژیکی نامطلوب و عدم سرمایه‌گذاری روی کشاورزی، حاصلخیزی زمین‌های کشاورزی را به حداقل می‌رساند و کشاورزان را بر سر دستیابی به منابع کمیاب و ادار به رقابت با یکدیگر و دیگر گروه‌های نژادی - چه در شهر و چه در روستا - می‌کند. آشوب‌ها و ناسازگاری‌های نژادی متعاقباً در پشت پرده تنازع برای غذای کمیاب و دیگر وسایل رفاه خانواده بالا می‌گیرند، که اغلب با مداخلات سیاسی و ناتوانی حکومتی همراه است. در فقیرترین کشورها تولید غذا نه تنها غذای مورد نیاز را برآورده می‌کند بلکه منبع عمده درآمد خانوار و معیشت نیز می‌باشد. تحت شرایط امنیت غذایی نامناسب حتی خانواده‌هایی که خود تولید کننده غذا هستند نیز به اندازه کافی به غذا دسترسی ندارند. گروه‌هایی که تحت تأثیر محرومیت و کمبود قرار می‌گیرند زمانیکه فرصتی بیابند شورش می‌کنند خصوصاً اگر مسائل جانبی دیگر و حمایت نیروهای فرصت طلب نیز به آن افزوده می‌شود. سوء تغذیه در بلند مدت منجر به آشوب و ناسازگاری می‌شود و در مقابل این عوامل نیز بهبود تغذیه را به تأخیر می‌اندازد، تولید را کاهش می‌دهد، منجر به گسترده‌گی فقر و بی‌ثباتی سیاسی می‌گردد، در ضمن روحیه ضد اجتماعی را می‌افزاید.

تغذیه و آسیب پذیری در برابر شوک‌ها:

همه بحرانها منجر به آسیب و بلایای انسانی نمی‌گردند. بلکه عامل کلیدی آسیب پذیری انسان است که حاصل تفاوت بین شدت شوک (یا عامل آسیب رسان) و توانایی جامعه جهت فائق آمدن بر آن می‌باشد. زمانیکه یک بحران ایجاد می‌گردد و یا در طی زمان شرایطی اضطراری بوجود می‌آید، درجه سوء تغذیه اولیه و وسعت عامل آن شاخص‌های حساسی برای میزان درد و مرگی خواهد بود که مردم بر اثر آن متحمل خواهند شد. زمانیکه اساس تغذیه مردم قبل از بحران فقیر و نامناسب است ذخایر تغذیه‌ای محدود کودکان در سنین پایین به زودی تخلیه می‌گردند، خطر سوء تغذیه حاد در آنان بالا می‌رود و نهایتاً بر میزان بیماری و مرگ نیز افزوده می‌شود. همچنین بحران می‌تواند کمبود ریز مغذی‌های اساسی را آشکار نماید و در نتیجه آن زمینه بروز اسکوروی، پلاگر و بربری فراهم می‌گردد که نمونه‌هایی از اینها در نواحی شرق آفریقا و دیگر نواحی آشوب زده به وفور دیده می‌شود. بحران‌ها با تأثیر روی عوامل اساسی سوء تغذیه نظیر عدم امنیت غذایی، سیستم‌های بهداشتی نامناسب و خدمات مراقبت‌های فردی ضعیف تشدید می‌شوند.

مناطق که دارای ناامنی غذایی و کشاورزی ضعیف هستند و با خشکسالی، طوفان، سیل و یا شوک‌هایی ناشی از بازارهای اقتصاد جهانی روبرو می‌شوند، نسبت به چرخه‌های بلایای بشر و تغذیه نامناسب آسیب پذیرترند. مردم کشورهای فقیر دچار ناامنی غذا در بلایای طبیعی به میزان ۴ برابر بیشتر تلف می‌شوند. جنگ‌ها و خشکسالی در شاخ آفریقا و شوک‌های اقتصادی در اندونزی در سال ۱۹۹۰ قحطی

و ستیز شدید را در این کشورها آغاز نمود و منجر به کشته شدن میلیون‌ها تن از مردم بی‌گناه گردید. در صورتیکه طوفان Hurricane Mitch در کشورهای آمریکای مرکزی بی‌ثباتی سیاسی و بی‌خانمان شدن جمعیت کمتری را در سال ۱۹۹۸ موجب گردید که احتمالاً ناشی از استوارتر بودن امنیت غذایی آنان بوده است.

در هیچ موردی اثر تعامل بین عفونت، سوء تغذیه و مرگ بالامشهورتر از بلایا و بحرانها نیست. دریگ بحران، مرگهای ناشی از کمبود غذایی نسبت به بیماری کمترند و مرگهای بیشتری بر اثر بیماریها رخ می‌دهند و این به دلیل افزایش استعداد ابتلا به بیماریهایی است که در اثر سوء تغذیه ایجاد می‌شود.

وضعیت بهداشتی نامناسب در جامعه از جمله تأمین ناکافی آب و زیرساختهای مراقبت بهداشتی ضعیف، پیش زمینه شومی برای بیماری و مرگ در بحران می‌گردند. آب ناکافی، شرایط بهداشتی و محل سکونت نامناسب تهدید سلامت عمومی را در شرایط تغییر محل سکونت یا مهاجرت اجباری بیشتر می‌کنند. همچنین توانایی خانوارها برای توجه کافی به تغذیه در حین بحران از دست می‌رود. خانواده‌هایی که دچار اضمحلال شده، یا از هم جدا می‌شوند برای مراقبت از اعضای خود با مشکل روبرو می‌گردند و اگر افرادی که مسئول مراقبت از کودکان و تغذیه آنان هستند به خوبی برای این شرایط آموزش داده نشده باشند، آسیب‌پذیری خانواده‌ها در شرایط بحرانی بیشتر خواهد بود.

از آنجائیکه وضعیت تغذیه اولیه جمعیتی که تحت تأثیر بحران قرار می‌گیرد در کاهش شدت قحطی و تخفیف مصیبت شاخص حساسی است، برنامه‌های غذایی

که باعث بهبود تغذیه می‌شوند، آسیب‌پذیری در برابر قحطی را می‌کاهند. چنین سیاست‌هایی شامل کاهش دادن مخاطرات تولید کشاورزی و فراورده‌های گوشتی، ثبات قیمت‌های مواد غذایی، کاهش مشکلات مربوط به استخدام و درآمد و نیز مسائل بهداشتی می‌باشد. این سیاست‌ها همچنین مشتمل بر افزایش وزن هنگام تولد نوزادان و بهبود وضعیت تغذیه عمومی و ریز مغذی‌ها در کودکان و مادران می‌باشد. این اقدامات نه تنها به عنوان راهبردهای کاهش آسیب‌پذیری حین بحران، بلکه به عنوان فعالیت‌های عمومی و مناسب از نظر اخلاقی که برای توسعه اقتصادی نافع هستند، باید مورد توجه قرار گیرند.

تغذیه در مدیریت بحران:

توجه خاص به تغذیه به عنوان بخشی از هشدارهای اولیه، می‌تواند به رهایی از بحران و نوتوانی پس از آن، یا به مدیریت حوادث و بلایای انسانی کمک کند. سیستم‌هایی که هشدار دهنده سریع هستند، در دهه‌های اخیر بدلیل توجه دقیق به شاخص‌ها ناامنی غذایی و علل اساسی سوء تغذیه مؤثرتر شناخته شده‌اند. به عنوان مثال هشدار زود هنگام در خشکسالی اتیوپی و کنیا در تابستان سال ۲۰۰۰ منجر به پاسخ سریع گردید و از تکرار تجربه قحطی بزرگی که در اواسط سال ۱۹۸۰ رخ داده بود و منجر به مرگ بیش از یک میلیون نفر گردید، پیشگیری نمود. اگر چه وضعیت تغذیه به خودی خود یک شاخص کمکی برای هشدار می‌باشد، پایش تغذیه ای می‌تواند نواحی جغرافیایی را که نسبت به بحران آسیب پذیرترند آشکار و برنامه ریزی را هدفدار و تسهیل نماید. زمانی که بحران فروکش می‌کند تمام

تلاش های رهایی بخش باید شامل برنامه هایی برای حفظ یا برقراری امنیت غذایی خانوار و تأمین معیشت گروه های متأثر از بحران باشد. در بدترین نوع بحرانها، پاسخ جمعیت های آسیب دیده به قیمت بسیار سنگین تمام خواهد شد که دامنه وسیعی را از مختل شدن رژیم غذایی گرفته تا مصرف کردن تمام ذخایر غلاتی (چه آنچه بعنوان ذخیره نگهداری شده، چه آنچه برای اهداف کشاورزی) به منظور تهیه سرمایه مولد زندگی اشان شامل می شود و گاهی در نهایت مجبور به ترک گفتن خانه هایشان در تلاش برای جستجوی غذا می گردند. خانواده های فقیری که با تخلیه شدن ذخایر غذایی و نبود غذا مواجه می شوند با کودکان و اعضای خانواده اشان به قسمتهای مرکزی مهاجرت می کنند که نیاز به رژیم درمانی فوری برای کاهش اختلالات تغذیه ای دارند.

آژانس های یاری رسان نیاز به سیستم های اطلاع رسانی مداوم و ظرفیت های سازمانی جهت پیشگیری و رویارویی با چنین مواردی دارند. تأمین صحیح و مداوم غذای کافی مهمترین ابزار است. در غیر اینصورت آژانسها نه تنها با مدیریت هزینه سنگین غذادهی پناهندگان و یا افراد بی خانمان مواجه خواهند بود، بلکه مشکلات سخت اسکان دادن و برقرار نمودن خانوارها را نیز پیش از رفع بحران خواهند داشت. چنین شرایطی می تواند احتمال بروز مجدد بحران را افزایش دهد و هرگونه کوتاهی در برنامه های حمایت تغذیه ای از مادران باردار، نوزادان و کودکان کم سن آسیب های دراز مدتی به ظرفیت های انسانی جامعه، چه از بعد مغزی و چه از بعد جسمی وارد خواهد ساخت. به هر حال، تأمین غیر متناسب در زمان بحران، می تواند اثرات اقتصادی و سیاسی ناگواری به بار آورد، به عنوان نمونه تأمین غذای

کم یا بیش از حد یا استفاده نادرست غذا می تواند بحران را تشدید کند. بنابراین تلاش‌های رهایی بخش باید شامل ارزیابی صحیح اولیه و پایش دوره‌ای نیازمندی‌ها و مصارف غذا در مقایسه با سایر نیازهای خانوارها و تجزیه و تحلیل فرصت‌ها و خطرات مربوط به تهیه غذا باشد.

شاخص‌هایی مانند وزن برای قد کودکان زیر ۵ سال (شاخص لاغری) برای پایش وضعیت جهت پیش‌بینی خطرات مرگ و پیشرفت در تلاش‌های رهایی‌بخش باید مورد استفاده قرار گیرد. در برنامه ریزی، رفع مشکل و مراحل توان‌بخشی بحران لازم است که متخصصین تغذیه خبره و ترجیحاً محلی و از هر دو جنس در کنار سایر بخش‌های مدیریت بحران به منظور بهبود وضعیت تغذیه وجود داشته باشند. چنین افرادی باید ارزیابی مستقیم از میزان و علل سوء تغذیه، برآورد مقدار و نوع جیره غذایی طبق استانداردهای بین‌المللی، بهبود رفتارهای حمایتی مانند تغذیه با شیر مادر را انجام دهند و مؤسسات داوطلب و حامی را برای گذارسازی مناسب و برنامه‌های بلند مدت اجرایی یاری نمایند.

Suggested Reading:

ACC/SCN) United Nations administrative Committee on Coordination/SubCommittee on Nutrition).2000.Fourth report on the world nutrition situation.Geneva :ACC/SCN in collaboration with the International Food Policy Research Institute.

Collier .P.2000.Economic causes of civil conflict and their implications for policy.paper presented at conference on preventing conflict .sponsored by the U.S.Agency for International Development,June2000.

Fogel .R.W.1994.Economic growth ,population theory and physiology :The bearing of long-term processes on the making of economic policy.Nobel Prize Lecture ,delivered December 6 , 1993 Working Paper No.4638.Cambridge ,Mass :National Bureau of Economic Research.

Homer-Dixon ,T.F.1999.environment ,scarcity ,and violence.Princeton ,N.J :Princeton University press.

Kracht ,U.2000.Humanitarian crises :Food security and conflict prevention.In E.Clay and O.Stokke ,eds. ,Food aid and human security.London :Frank Cass.

Maxwell,S.,and M.Smith.1992.Household food security;A conceptual review.In S.Maxwell and T.Frankenberger,eds.,Household food security:concepts,indicators,measurements:A technical review.New York and Rome:United Nations Children's

Fund(UNICEF) and International Fund for Agriculture Development(IFAD).

Messer E. M.J.Cohen and J.D Costa.1998.Food from peace : Breaking the links between conflict and hunger.2020 vision Discussion Paper 24.Washington DC :International Food Policy Research Institute.

McClelland D.G.2000.Complex humanitarian emergencies and USAIDs humanitarian response :Synthesis of finding.Washington DC :Center for Development Information and Evaluation , U.S.Agency for International Development.

McCrea J.200. Aiding recovery ?The crisis of aid in chronic political emergencies.London :Zed Books.

SAIC) State Failure Task Force).1999.State Failure Task Force report :Phase II findings.Environmental Change and Security project Report Issue 5.Washington DC :Woodrow Wilson Center.

Salmana.,P.F.Assefa,L.Talley,P.Spiegel,A.Van der Veen,and C.A.Gotway.2001.Malnutrition,measles,mortality,and the humanitarian response during a famine in Ethiopia.Journal of the American Medical Association286(5):563-571.

Scrimshaw N.S.1997.The lasting damage of early malnutrition.Ending the Inheritance of Hunger) lecture on early malnutrition) May31.Rome :World FoodProgramme.

Shoham J., F. O'Reilly and J. Wallace. 2000. Humanitarian crisis and conflict: Food assistance and nutritional security issues. In E. Clay and O. Stoke eds. Food aid and human security. London : Frank Cass.

Spher Project. 1998. Humanitarian charter and minimum standards in disaster response. <http://www.ifrc.org/pubs/sphere>. <Accessed January 30, 2001.>

UNICEF (United Nations Children's Fund). 1998. The state of the world's children 1998. Oxford University Press.

USAID/BHR/PPM (U.S. Agency for International Development Bureau for Humanitarian Response, Office of Program Policy and Management). 2002. Hurricane Mitch: Management assessment of humanitarian assistance activities in Honduras and Nicaragua. Washington, D.C.

Von Braun, J., T. Teklu, and P. Webb. Famine in Africa : Causes, response, and prevention. Baltimore, Md., USA: Johns Hopkins University Press for International Food Policy Research Institute.

Webb, P., and A. Harinarayan. 1999. A measure of uncertainty : The nature of vulnerability and its relationship to malnutrition. Disasters 23(4):292-305.

World Bank. 2000. World development report 2000/1 : Attacking poverty. World Bank (Washington, D.C.) discussion draft.

فصل دهم
تغذیه و
حقوق بشر

فصل دهم - تغذیه و حقوق بشر

مجموعه قوانین، توافق نامه ها و سازمان های بین المللی حقوق بشر فرصت های تازه ای را برای ارتقا اهداف و برنامه های توسعه با اثرات طولانی مدت فرا روی تمامی آحاد بشر قرار می دهد. اکنون بیشتر اعضای جامعه بین المللی تغذیه، سازمان ها و نگرش های حقوق بشر را به عنوان زمینه هایی جدید و قوی برای ارائه و گنجاندن سیاست ها و برنامه های تغذیه ای می بینند.

آنان دولت ها را تحت فشار قرار داده اند تا حقوق بشر در ارتباط با غذای کافی، بهداشت و مراقبت از گروه های آسیب پذیر (مواردی که جامعه تغذیه به عنوان اولویت های سلامت تغذیه ای تعیین نموده است) را ارتقا و بهبود ببخشند. آنان همچنین نقش جنبه های دیگری از حقوق بشر از جمله حقوق مدنی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را به منظور برآوردن حق دسترسی به غذا، بهداشت و مراقبت به طور مداوم خاطر نشان می کنند.

امروزه حامیان تغذیه که علاقمند به حقوق بشر هستند روی این نکته متمرکز شده اند که چگونه می توانند از قوانین و سازمان های حقوق بشر به طور منظم و منسجم جهت پایه گذاری تلاش های هدفدار به منظور بهبود تغذیه انسان به عنوان یک وظیفه اخلاقی و پیش درآمدی برای توسعه انسانی، اقتصادی و اجتماعی استفاده کنند. این هدف منطبق بر منشور ملل متحد، اعلامیه جهانی حقوق بشر و عهدنامه های پس از آن می باشد که به طور ویژه پیام اصلی انتشارات اخیر را در مورد حق داشتن غذای کافی در بر می گیرد.

این بخش به طور خلاصه روی دیگر سکه را نیز در نظر می گیرد. اینکه ابزارها و دیدگاههای جامعه تغذیه چگونه می توانند به شناخت در این زمینه کمک کنند و نقش قوانین حقوق بشر به

عنوان راهنمای توسعه چیست؟ و چگونه می‌توانند از این طریق اثرات مثبتی را به صورت پایدار برای افراد جامعه پدید آورند؟

بوسیله پیاده نمودن و ارزیابی دیدگاه حقوق بشر در مورد نقش غذا و تغذیه در توسعه، برنامه‌ها و فعالیت‌های مرتبط با تغذیه پتانسیل قابل توجهی جهت ایجاد اهداف واقعی و عملی در زمینه حقوق بشر به ویژه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی پیدا می‌کنند.

چگونه تغذیه می‌تواند به پیاده شدن دستورالعمل حقوق بشر در توسعه کمک نماید؟

تغذیه و حامیان حقوق بشر در دو جنبه مشترک هستند: توجه به تک تک افراد و اهمیت به فعالیتهای اجتماعی برای ایجاد یک زندگی کامل و فعال برای تمامی آحاد بشری. طرفداران حقوق بشر این نقش را تحت عنوان تعهد دولت‌ها برای اعاده حقوق بشر بیان می‌کنند در حالیکه جامعه تغذیه در جهت ایجاد تعهد در برنامه‌های مرتبط با غذا و تغذیه فعالیت می‌کند.

پتانسیل زیادی برای برقراری پل ارتباطی جهت افزایش توان و کارایی در هر دو زمینه وجود دارد. فعالیت تغذیه بیشتر روی تفکر توسعه کلی متمرکز می‌شود و با ایده‌های مرتبط با حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (حقوق اولیه بشر) سروکار دارد و همچنین به ایده‌های توسعه مدرن و تجارب جدید می‌پردازد. بنابراین تغذیه اکثر پایه‌های اساسی حقوق بشر را در بر می‌گیرد. موارد زیر بعضی از اجزای عملکردی تغذیه هستند، بویژه تغذیه جامعه، که اختصاصاً با وضعیت انسان و حقوق بشر مرتبط است: (این فهرست کامل و جامع نیست و شامل همه موارد نمی‌باشد).

✓اطلاعات تغذیه ای می تواند تبعیض را آشکار سازد

شاید اساسی ترین اصل مجموعه بین المللی حقوق بشر، عدم تبعیض است. همچنانکه در عهدنامه جهانی حقوق بشر که بوسیله مجمع عمومی ملل متحد در سال ۱۹۴۸ اتخاذ و اعلام شده است: «حق مسلم هر فردی است که تمام حقوق و آزادی های آمده در این عهدنامه را بدون هیچ گونه تمایزی اعم از نژاد، رنگ، جنس، زبان، مذهب، باور سیاسی یا باورهای دیگر، ریشه های ملی و اجتماعی، دارایی، تولد و دیگر شرایط داشته باشد.» توافق نامه های بعدی حقوق بشر این اصل را تصریح کرده و مورد تایید قرار داده اند. تغذیه می تواند عواقب بیولوژیک روش های تبعیض آمیز را آشکار سازد. به عنوان مثال پژوهش های تغذیه ای نشان می دهند که در جوامع فقیر که به فرزندان پسر بیشتر از دختران بها داده می شود، دختران و پسران دریافت غذایی و رژیم غذایی متفاوتی دارند.

امکان بروز تبعیض در موارد دیگر نیز وجود دارد مانند وضعیت تغذیه ای و بهداشتی افراد بومی در برابر افراد غیر بومی و نیز اقلیت های نژادی. قوانین حقوق بشر در رفع چنین تبعیض هایی موثر خواهند بود.

✓علم تغذیه معیارهای عینی برای درک پاسخ های انسانی به برنامه های توسعه ارائه می کند. متخصصین تغذیه می توانند به طور عینی پاسخ ارگانیزم انسانی را در برنامه های مختلف توسعه - که رژیم غذایی و دیگر جنبه های وضعیت تغذیه افراد را متاثر می سازد (از جمله وضعیت بهداشت عمومی) - اندازه گیری نمایند. تکنیک های مختلفی وجود دارند که از بررسی تغییرات ابتدایی بیوشیمیایی در خون و ادرار تا مشاهده علائم بالینی پیشرفته ناشی از سوء تغذیه را شامل می شود. بیشتر شاخص ها در عمل، بر اساس اندازه گیری های فیزیکی رشد و تکامل بدن مانند قد و وزن پایه ریزی می شوند. یافته ها ضرورتاً ارتباط علیتی ساده را

نشان نمی دهند و این علل ممکن است بلافصل، زمینه ای یا بنیادین باشند و شرایط را در سطوح مختلف ساختار اجتماعی آشکار سازند.

این شاخص ها زمانی اهمیت دارند که وضعیت تغذیه ای مناسب یا نامناسب مردم را به صورت نشانگر های خاص در سطوح مختلف نشان دهند. تعریف چنین شاخص هایی چالش چشمگیری را بوجود می آورد که همانند ارزیابی و پایش سایر حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مهم است. به هر حال داده های نهایی (Outcome data) و داده های فرآیند (Process data) برای درک اینکه چرا بعضی مسایل رخ می دهند یا رخ نمی دهند و اینکه چه کسی مسئول است، ضروری هستند.

✓ برنامه های تغذیه می تواند افراد و گروه های محلی را توانمند سازد.

در کنار تفکر کنونی توسعه، بیشتر متخصصین تغذیه توسعه کامل بشری را به عنوان هدف نهایی می بینند. بیشتر موسسات توسعه ملی و بین المللی و سازمان های غیر دولتی (NGOs) که در زمینه تغذیه فعالیت می کنند اکنون تلاش هایشان را حول اصولی مانند مشارکت و توانمند سازی در طراحی برنامه ها و پروژه ها به کار می گیرند و هر دوی آنها در نوع خودشان ارزشمند بوده و به عنوان ابزاری برای برنامه های توسعه پایدار و کارا هستند. دیدگاه مبتنی بر حقوق بشر برای توسعه از نظر تعریف، بر مشارکت و توانمند سازی تاکید زیادی دارد. به کارگیری این ایده ها در روندهای عادی توسعه، نیازمند بهینه سازی و آزمایش عملی است و در هر حال تغذیه توانایی قابل توجهی برای این بهینه سازی و ارزیابی نهایی به صورت عینی دارد.

✓ تغذیه می تواند مشخص سازد که چگونه سیستم های غذایی مختلف با حق داشتن غذای کافی مرتبط هستند.

شناخت سیستم های غذایی در یک بستر فرهنگی - اجتماعی برای تولید غذایی پایدار و یافتن بازار مناسب برای مصرف مکفی انسان ضروری است. دیدگاه مبتنی بر حقوق بشر نیازمند توجه به پذیرش فرهنگی غذا و سیستم هایی است که غذاهای مورد علاقه مصرف کننده را تولید می کنند. زمانی که نظرات و خواسته های مصرف کننده مورد توجه قرار می گیرد، باز خوراند آن در کل زنجیره غذایی آشکار می گردد و به بهبود عملکرد در تمامی زنجیره منتهی می شود.

تقاضای فرد و خانواده از حقوق بشر منشاء می گیرد ضمن آنکه حق داشتن غذای کافی ممکن است با آنچه جهت برآوردن این حق مورد نیاز است در تقابل باشد. مردم نیازمند توجه به شرایط زندگی خانوادگی خود، استفاده از خدمات بهداشتی و پرداخت هزینه های تحصیل هستند و همه این نیازها، تقاضای خانوار را بر اساس اقتصاد و امرار معاش خانواده شکل می دهند. همان گونه که تئوری حقوق بشر ادعا می کند، همه حقوق به هم مرتبط و وابسته هستند، بنابراین درک وسیع و جدید از تغذیه به منظور پیاده کردن و اثبات اصول حقوق بشر در عمل جایگاه مناسبی دارد. ولی دیدگاه حقوق بشر بیشتر متخصصان توسعه عمومی را در شناخت از این نکته یاری می کند که در بیشتر وضعیت ها ارتباط بین درآمد و کفایت رژیم غذایی خطی نیست. این شناخت ممکن است انتظارات مرسوم و برنامه ریزی را در بیشتر سطوح پایه ای تر تغییر دهد. به عنوان مثال حقوق بشر که بر حق مصرف کنندگان برای داشتن غذای کافی به جای تولید اختصاصی و یا با بازارهای ویژه متمرکز شده است ضرورت بررسی و

تعقیب جدی باورهای عمومی را فراهم می‌سازد و این امر کشاورزان را قادر می‌سازد تا از طریق داشتن اقتصادی نقد به آسانی بتوانند تنوع غذایی را ایجاد کنند.

به خوبی می‌دانیم که نتیجه واقعی با وضعیت زنان، حقوق و میزان قدرت آنان در کنترل درآمد ارتباط نزدیکی دارد، زیرا مشاهده شده است که در اکثر موارد تمایل زنان به استفاده از پول نقد برای تهیه غذا و تأمین مراقبت بهداشتی کودکان بیشتر از مردان است. پس شیوه مبتنی بر حقوق بشری در مقایسه با تکنیک اقتصاددانان در اندازه‌گیری کمیت غذاهای غیر اختصاصی، که اغلب تحت عنوان «معادل‌های غلات» بیان می‌شود، دارای توان تجزیه و تحلیل قوی‌تری است. زیرا مردم معادل‌های غلات را نمی‌خورند. و ساده‌انگاری در این موارد، باعث تضعیف مباحثات میان متخصصان تغذیه و اقتصاد دانان می‌گردد. مباحثه واقع‌گرایانه مبتنی بر حقوق بشر حداقل می‌تواند بر بخشی از این مشکلات غلبه کند.

✓ تجربه طرح‌های تغذیه‌ای می‌تواند به شناسایی التزام‌های حکومتی در مورد حق داشتن غذای کافی کمک کند.

سیاست‌گذاری تغذیه طی سالها درس‌های زیادی به ما داده که به تفکر در مورد سیاست‌های تأمین حقوق فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کمک کرده است. به همین منظور، اصول برنامه‌های تغذیه‌ای در حال حاضر باید به گونه‌ای طراحی شوند که با تفسیر مورد پذیرش عمومی این حقوق همخوانی داشته باشند. یک تصور عمومی نادرست در مورد حق غذا، این است که این حق حکومتها را مجبور خواهد کرد که غذا را به طور آزادانه در اختیار هر کسی که مدعی حق خویش است، قرار دهند.

اکنون یک چهارچوب منطقی طراحی شده که از این تصور نادرست جلوگیری به عمل می‌آورد و اخیراً در گزارش «تفسیر عمومی حق غذا» که توسط کمیته سازمان ملل متحد

در مورد حقوق فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در ماه می ۱۹۹۹ منتشر شده آمده است. این سند معتبر بر این نکته تاکید دارد که اولین و اصلی ترین وظیفه افراد تلاش جهت پیدا کردن راه حل هایی برای تغذیه خودشان می باشد. در حمایت از تلاش های این افراد یا خانواده شان اولین التزام دولت توجه و احترام گذاشتن به آزادی افراد جهت برآورده کردن حقوق و حمایت از این حقوق در برابر تعرض گروههای ثالث است.

تنها در صورتیکه این دو التزام کفایت نکند، دولت باید به طور جدی حق را ادا نماید. که این امر ممکن است مستلزم فراهم آوردن تسهیلات برای تلاش افراد یا خانواده باشد تا آنان خود فرصت ها و منابع را جهت دستیابی به غذا بهبود ببخشند یا به عنوان آخرین مأمن برای کسانی که علیرغم تلاش قادر به برآورده نمودن این حق نبوده اند دولت باید غذای کافی را به طور مستقیم در اختیار آنان قرار دهد.

پس سیاست گذاران می توانند سطوحی از التزام و یا درجاتی از مداخله را در کنار اجزایی که در بیشتر تعاریف متداول امنیت غذایی و تغذیه پایدار مشخص شده، اعمال نمایند تا از این طریق بتوانند سیاست ها و برنامه های هر چه اختصاصی تر دولت را در سطوح مختلف با همکاری فعالان بخش غیردولتی پایه ریزی نمایند.

✓ تلاش های بیشتری باید صورت پذیرد

قبل از اینکه تغذیه به طور کامل و در خط مقدم به عنوان آغازگر حقوق فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی وارد میدان شود، باید چند جنبه بیشتر درک شوند و به طور عملی مورد ارزیابی و آزمایش قرار گیرند.

در ابتدا، داده های تغذیه باید با وضوح کامل بیان شوند. جامعه توسعه تغذیه بر این اساس که در فرایندهای توسعه نقش داشته اغلب در مصوبات به جنبه کلی جهت نیل به اهداف توجه دارد حال آنکه شیوه های مبتنی بر حقوق بشر بر اساس شفاف سازی کامل هستند. از آنجا که توانمند سازی، به عنوان یک اصل شیوه مبتنی بر حقوق بشر، بدون شفاف سازی در همه جنبه های عمومی غیرممکن است، جامعه تغذیه باید بر شفاف سازی کامل در مورد همه اطلاعات مرتبط با تغذیه در همه سطوح مصر باشد.

دوم اینکه طالبان حقوق، چه افراد و چه گروهها، باید فرصت هایی داشته باشند که حقوق قانونی اشان را در ارتباط با حق داشتن غذای کافی از مراجع مربوطه (خواه دولتی یا غیر دولتی) مطالبه کنند. به علاوه آنان باید این حق را داشته باشند که به سازمان های مناسبی جهت رسیدگی به نقض حقوقشان - حقوق مسلمی که برای امنیت غذایی و تغذیه مناسب آنان ضروری است - مراجعه نمایند. جامعه تغذیه می تواند سازمان ها را کمک یا تقویت نماید تا اینکه به ادعاها یا شکایت ها در مورد عدم رعایت حق غذا و تغذیه ای رسیدگی کنند. در مقابل جامعه تغذیه قادر به این خواهد بود که علل سوء تغذیه را که ممکن است ناشی از مدیریت نامناسب توسعه یا حتی بدتر از آن، مربوط به نقض حقوق مربوطه باشد، آشکار سازد. وظیفه توسعه به عنوان یک قانون یا دستورالعمل قانونی در مورد حق داشتن غذا و تغذیه کافی به تازگی شروع شده، اما انتظار می رود که در سال ۲۰۰۲ به پتانسیل خود برسد.* به ویژه این امر از طریق سمینارهای ملی مختلفی که این حق را در کشورهای خاص مورد توجه قرار می دهند امکان پذیر خواهد بود.

* این گزارش در ابتدای سال ۲۰۰۲ میلادی تهیه شده است.

نتیجه گیری:

برای بیشتر افراد مرتبط با جامعه تغذیه، حمایت تغذیه ای به معنای یافتن دلایل اقتصادی جهت اثبات سودمندی ارتقای سلامت تغذیه بشر است. بشر باید خوب تغذیه شود زیرا بهره آن به صورت افزایش قدرت تولید، ظرفیت یادگیری بهتر و کاهش هزینه های مراقبت بهداشتی متوجه اجتماع خواهد شد. زمانیکه هدف حمایت از اختصاص بودجه های محدود ملی و سازمانی یا هدف اثبات این باشد که چگونه تغذیه خوب منجر به بهبود کارآیی و نتایج در سایر بخش ها می گردد هیچگونه عدم توافقی پیش نخواهد آمد. اما برای این شیوه سودمندگرا و شیوه های مبتنی بر حقوق بشر در مورد امنیت غذایی و تغذیه، حمایت دو طرفه باید صورت گیرد. حمایت تغذیه ای باید توأم با انگیزه های اخلاقی و قانونی در مورد حق غذا بر شأن و منزلت انسان، نیازها و علایق وی متمرکز گردد و متوجه بهبود کارآیی و نتایج به عنوان ثمره و محصول آن باشد. این شیوه نه تنها به حفظ شئون اخلاقی و وجدانی در مباحث حرفه ای تغذیه کمک می کند، بلکه توانایی بالقوه و دست نخورده قانون را به کار می گیرد (در مقایسه با بنگاههای خیریه که تنها جنبه اخلاقی دارند).

پس جنبه های اقتصادی تغذیه باید مطالعه شده و تا آنجائیکه امکان دارد در حمایت از این اهداف، به طور مفصل تشریح گردند. اگر دولت ها روش مبتنی بر حقوق بشر صریحی برای غذا، بهداشت و مراقبت کافی در پیش گیرند، این امر به تسریع فرآیند حرکت به سوی کاهش ناامنی غذایی و دستیابی به هدف کاهش تعداد گرسنگان به نصف تا سال ۲۰۱۵ منتهی خواهد شد. چنین شیوه ای در ضمن نقش بین المللی حقوق بشر را به عنوان اصول توسعه همه جانبه جهانی با یک جلوه انسانی بالا می برد و فرض آن است که اکثریت ملت های عضو سازمان ملل متحد خود را ملزم به رعایت، حفظ و ارتقای حق غذا و تغذیه کافی از طریق پذیرش پیمان

نامه های مربوطه و مصوب زیر نظر قانون بین المللی نموده اند. بنابراین، بستری مناسب برای عملی کردن این تعهدات وجود دارد. به هر حال، اینکه در چه زمینه هایی برای پیاده شدن این اهداف باید بهینه سازی صورت پذیرد، نیازمند توسعه ارتباطات هستیم. جامعه تغذیه دلایل و بحث های اساسی همراه با تجارب گسترده در این زمینه دارد تا چنین تعهداتی جدی تر صورت اجرایی به خود بگیرند.

Suggested Reading:

Eide ,W.B.2001.Breaking conceptual and methodological ground :

Promoting the human right to adequate food and nutrition.Ecology of Food and Nutrition 40(6):571-595.

Eide ,W.B.Kratch and R.Robertson eds.1996.Special issue on nutrition and human rights.Food Policy21) 4).

Oshaug A. ,W.B.Eide and A.Eide.1994.Human rights :A normative basis for food and nutrition-relevant policies.Food Policy19) 6);491-516.

UNACC/SCN.1999.Adequate food :A human right.Symposium hosted by UNHCHR.Geneva.April.SCN News18.<http://acc.unsystem.org/scn/publications/html/scnnews.html>.

UN Committee on Economic ,Social and Cultural Rights.1999.The rights to food.General Comment 12(May).Genava.<www.unhchr.ch>

فصل یازدهم

تغذیه و جوامع

فصل یازدهم - تغذیه و جوامع

در یکی دو دهه اخیر، بیشتر کشورها تغییراتی را در سیستم های مالی، اداری و سیاسی به منظور تفویض اختیار بیشتر، تمرکز زدایی و خصوصی سازی در برنامه های دولت داشته اند. منطق این تمرکز زدایی تسهیل در تهیه و تدارک مؤثر و کارای کالاها و خدمات عمومی همراه با ایجاد اقتصادهای هم جهت با بازار می باشد تا اینکه بخش خصوصی نیز بتواند در اجرا و انجام وظایف بخش عمومی نقش داشته باشد. در طی سال های دهه ۱۹۹۰، اصلاحات بخش بهداشت بیشتر روی تمرکز زدایی در خدمات رسانی بهداشتی تاکید داشته است.

در حالیکه تمرکز زدایی شانس بالایی برای بهبود خدمات رسانی بهداشتی ایجاد می کند، موفقیت آن وابسته به طرح دقیق و ساختارهای سازمانی است. کلید موفقیت، جوابگویی سیاسی در سطح دولت محلی است. اما این نیز نمی تواند کاملاً اطمینان دهد که همواره حداکثر بازده حاصل میگردد. چند نمونه بازنگری اخیر مبین این نکته بوده اند که یک سیستم بهداشتی غیرمتمرکز ضرورتاً منصف ترین و هزینه - اثربخش^۱ ترین سیستم نیست.

در اوگاندا برنامه ریزان محلی به طور کاهنده ای سهم کمی از بودجه های بخش بهداشتی را به ارائه خدمات عمومی اختصاص داده اند. در سوئیس به اثبات رسیده که دستیابی به یک شیوه متعادل و هزینه - اثربخش که متضمن خدمات درمانی، پیشگیری رو به ترقی باشد در قالب نظام غیر متمرکز دولت محلی کار مشکلی است.

تغذیه راهکارهای پیشنهادی زیادی جهت بهبود بخشیدن تلاش ها در جهت تمرکز زدایی دارد. اگر سیاست گذاران بتوانند تجارب حاصل آمده از برنامه های تغذیه ای موفقیت آمیز را با تلاش های تمرکز زدایی کنار هم قرار دهند، آنها قادر خواهند بود که اثربخشی چنین

1- Cost-Effectiveness

روندهای خدمات رسانی را بالا ببرند و این اطمینان حاصل می شود که برنامه های تغذیه پیشگیری به عنوان بخشی از مجموعه خدمات بهداشتی خصوصی سازی شده، آنان را کارا تر خواهد ساخت. پایش منظم وضعیت تغذیه افراد جامعه به عنوان شاخص اساسی در ارزیابی ارائه خدمات بهداشتی غیرمتمرکز، به تعهد سیاسی منطقه در ارائه خدمات عمومی کمک خواهد کرد.

همچنین پایش منظم تغذیه در منطقه در بسیج منابع جامعه جهت رسیدن به نتایج تغذیه ای بهتر کمک سودمندی خواهد کرد. تمرکز زدایی یکی از اجزای مهم برای برنامه های تغذیه موفقیت آمیز است. طرح های ملی تغذیه سال های ۱۹۷۰ به خاطر مشکلات ایجاد هماهنگی در شیوه های بین بخشی در سطح ملی با شکست مواجه شد. در سال ۱۹۸۰ تمرکز زدایی به عنوان یک جزء کلیدی برنامه های تغذیه موفقیت آمیز شناخته شد. چنین برنامه های موفقیتی بین ۲ تا ۱۰ دلار به ازای هر فرد در هر سال هزینه در بر داشت و کاهش میزان سوء تغذیه کودکان را به میزان ۲ درصد در هر سال پدید آورد. این میزان خیلی سریعتر از آنچه است گه به تنهایی توسط توسعه بدست می آید.

پایش رشد محلی:

یک عنصر کلیدی در برنامه های موفق تغذیه، استفاده از سیستم های اطلاعاتی برگرفته از منطقه است. این اطلاعات نشان دهنده آن هستند که آیا وضع تغذیه مردم در جامعه یا منطقه رو به بهبودی یا وخامت است. بیشتر کودکان سوء تغذیه ای طبیعی به نظر می رسند (چه از نظر والدین چه از نظر یک فرد ناظر) مگر اینکه اندازه قد و وزنشان با آنچه که به عنوان استاندارد برای سنشان در نظر گرفته شده مقایسه شود.

«جاده سلامت» کارت رشد که در نیجریه در سال ۱۹۶۰ ابداع شد و در انقلاب زنده ماندن کودکان در سال ۱۹۸۰ نقش داشت و در سطح جهانی در کارت های رشد و برنامه توزین مرتب کودکان وارد شد.

بیشتر برنامه های موفق تغذیه شمایی از وضعیت تغذیه منطقه را از طریق اندازه گیری وزن کودکان زیر ۵ سال در دوره های خاصی (هر ۶ ماه، هر سه ماه یا هر ماه یکبار) بازگو می کنند. چنین توزین هایی برای متخصصین تغذیه این امکان را فراهم می سازد که به طور دوره ای شاخص هایی را پایه ریزی کنند که نشانگر چگونگی بهبود رشد در هر جامعه است. این روش همچنین به آنان اجازه می دهد که کودکان نسبتاً اندکی را که دچار سوء تغذیه شدید گشته و نیاز به برنامه توانبخشی تغذیه ای ویژه دارند، شناسایی کنند. این نکته قابل توجه است که اطلاعات مربوط به رشد کودکان می تواند برای تصمیم گیری در سطح محلی مورد استفاده قرار می گیرد بدون اینکه نیازی به ارسال به مرکز و تهیه گزارش سالانه داشته باشد.

گرچه پیشرفت در کاهش سوء تغذیه می تواند از طریق بررسی های ملی جمعیتی و خانوار پایش گردد، چنین بررسی هایی دیر به دیر انجام می شوند و در سطح منطقه نمایانگر نیستند. در عوض برنامه های گسترده و موفق تغذیه می تواند یافته های پایش رشد فردی را به مباحث جامعه در مورد چگونگی به کارگیری منابع برای حل مشکلات ارتباط دهد. در برنامه های تغذیه ایرینگا (Iringa) در تانزانیا، زنان مهدکودک های عمومی راه اندازی کردند که کودکانشان را پیش یک زن می گذاشتند و خود برای انجام کارهای کشاورزی روانه مزرعه می شدند. در تایلند و تاملنادر و در هندوستان پایش رشد به عنوان ابزار غربالگری برای انتخاب کودکانی بود که قصد داشتند مکمل غذایی دریافت کنند.

اگر چه برنامه پایش رشد در طرح های کوچک موثر است ولی در برنامه های کلان کمتر مؤثر بوده است. ارزیابی ۶ برنامه ملی که توسط یونیسف مورد حمایت قرار گرفت، نشان داد که اگر چه بهورزان می توانند وضع تغذیه را به خوبی ارزیابی کنند ولی توانایی آنان برای تجزیه و تحلیل علل و مشاوره با مراجعین در قالب فعالیت هایی که باید انجام شود، به ندرت کافی است. اندازه گیری به تنهایی برای اجرای برنامه کافی نیست. نتایج حاکی از آن است که نیاز به ظرفیت سازی بیشتری در سطح محلی وجود دارد، تا اینکه تصمیم گیرندگان محلی بتوانند نتایج چنین روش هایی را در تصمیم گیری های خود دخالت دهند.

” نه از بالا به پایین و نه از پایین به بالا ” ، بلکه تلفیق هر دو روش

بیشتر فعالان توسعه می دانند که ترکیبی از دیدگاههای افقی و عمودی پایدارترین و مؤثرترین نتایج را بدست می دهد. برنامه های تغذیه ای ناموفقی که با مشکل مواجه شده اند به خاطر این نبوده که فاقد تکنیک علمی اثبات شده بوده اند، بلکه به خاطر این بوده که آنان قادر نبوده مهارتها و منابع محلی را حمایت و به طور کامل به کار گیرند. برنامه های موفق تغذیه می طلبد که جوامع منابع خود خصوصاً زمان را بدرستی به کار گیرند. آمارتیا سن (Amartya Sen) بین اهداف متعالی و اهداف فراگیر تفاوت فاحشی قایل است. اهداف متعالی روش رسیدن به هدف را مد نظر قرار نمی دهند. یعنی آنچه مهم است رسیدن به هدف است بدون اینکه ابزارها و روش کسب نتیجه لحاظ شوند. اهداف فراگیر روش بدست آوردن و کسب نتایج را نیز در نظر می گیرد. این ماهیت دو بعدی برنامه های توسعه در شکل ۱ خلاصه شده است.

شکل ۱: دیدگاههای افقی، عمودی و مورب برای برنامه ریزی تغذیه ای

نتیجه (چه؟)	هدف متعالی	هدف فراگیر
	فرایند منفی	فرایند مثبت

فرآیند (چگونه؟)

هر دو سطح منوط به بکارگیری آزادی است، اگر چه دو نوع مجزا و متفاوتند. محور عمودی اثر آزادی های اساسی را نشان می دهد یعنی: خوب تغذیه شدن و فارغ بودن از گرسنگی، زنده ماندن و پیشرفت کردن. محور افقی فرآیند رسیدن به نتیجه را نشان می دهد و بیانگر آزادی های مشارکتی است یعنی: آزادی انتخاب در فرآیند تصمیم گیری و اینکه چه فعالیت هایی انجام شود.

در حالیکه برنامه های عمودی می توانند سریعاً آزادی های اساسی را به دست بدهند، پایدار بودنشان همواره مورد سؤال است، مگر اینکه این برنامه ها بعد افقی را ارتقا دهند. از سوی دیگر، دیدگاههای افقی اغلب برای اهدافشان ظرفیت سازی می کنند بدون اینکه نتیجه مثبت را در نظر بگیرند. به طور ایده آل، مداخلات باید هر دو روش را به کار بگیرند. در طی زمان دیدگاههای افقی و عمودی نیاز به حرکت به سوی همدیگر را پیدا می کنند و مورب

می گردند. روش های مورب که به هر دو نوع آزادی می رسند به زمان بیشتری نیاز دارند، احتمال پایداریشان بیشتر است.

برنامه های عمودی تنها زمانی می توانند به گستره برنامه ریزی افقی سوق پیدا کنند که این برنامه ها به اندازه کافی خصوصی سازی و تمرکز زدایی در آنها صورت گرفته باشد. زمانیکه برنامه ها بیشتر مشارکتی شوند، نیازمند این خواهد بود که مسئولان محلی به منظور مذاکره با اعضای جامعه انعطاف پذیری داشته باشند تا نتایج مطلوب حاصل آید.

شیوه های مورب نیز برای بهبود تغذیه به افزایش همکاری بین بخشی جهت خدمات رسانی نیاز دارند. خدمات کشاورزی برای حل مشکلات مربوط به غذا مورد نیاز است. خدمات بهسازی محیط برای بهداشتی نمودن سرویس های بهداشتی لازم هستند. و خدمات بهداشتی نیز اغلب برای درمان عفونت مورد نیاز هستند. زمانیکه یک بخش به تنهایی دنبال جلب مشارکت جامعه باشد، اغلب آشفتنگی را دنبال خواهد آورد. نه تنها یک بخش باید قادر به پاسخگویی نیاز جامعه باشد، بلکه سایر بخش ها نیز باید با آن هماهنگ و همصدا باشند، تا اینکه جوابگویی به نیاز به طور کلی انجام شود. در غیاب چنین همکاری هایی، تلاش ها جهت ارتقا مشارکت جامعه بیشتر به صورت رقابت نمایانگر می شود و زمان در دسترس جامعه را - که گرانبهاترین سرمایه است - هدر می دهند. تغذیه بهترین نتیجه را در جهت رسیدن به ایجاد تعامل بین دیدگاه های افقی - که متضمن ظرفیت سازی اجتماعند - و دیدگاه های عمودی بخش ها دنبال خواهد داشت. تغذیه وابستگی به بخش خاصی ندارد، زیرا که بهبودهای تغذیه ای حاصل تلاش بخش های متعددی است. پیامدهای تغذیه ای در سطح محلی به آسانی قابل رویت هستند. نقش دولت محلی در افزایش همکاری بین بخشی جهت ارتقا بخشیدن به شیوه های مورب در بهبود تغذیه بسیار ضروری است.

استمرار مشارکت جامعه:

مشارکت جامعه یک بعد مهم در برنامه های بهداشت و تغذیه موثر است. چنین برنامه هایی به مشارکت به عنوان یک پدیده پویا نگریسته اند. مشارکت می تواند با یک نوع رابطه سنتی خیرخواهانه شروع شود که در این حالت فرد ذینفع یک گیرنده غیرفعال منافع برنامه است و نه خانواده و نه جامعه نفشی در تصمیم گیری در مورد منابع سرمایه گذاری ندارند. در سوی دیگر طیف، هم افراد ذینفع و هم جامعه به طور فعال در ارتقا مدیریت اطلاعات^۱، منافع و ارزیابی اثر برنامه نقش دارند.

روش های ارزیابی ماهیت مشارکتی برنامه ها می توانند برای پایش و ارتقا تغییر رو به تزاید برنامه ها از اهداف متعالی (Culminative) به فراگیر (Comprehensive) مورد استفاده قرار گیرند. به منظور دستیابی به اهداف فراگیر تغذیه ای، برنامه ها باید به گونه ای طراحی شوند که آزادی های مشارکتی و اساسی اعضای جامعه را به ویژه در فقیرترین اقشار فراهم آورد.

ظرفیت سازی در سطح محلی:

سوق دادن یک برنامه به سوی تداوم مشارکت به بحث و گفتگو با جامعه در مورد علل سوء تغذیه و فعالیت های لازم الاجرا نیاز دارد. تمام برنامه های موفق تغذیه مددکاران اجتماعی یا رابطین^۱ را از همسایگان خانواده های هدف برای انجام وظایف انتخاب کرده اند. نسبت ایده آل، یک نفر رابط به ازای هر ۲۰ خانواده می باشد تسهیل کنندگان^۲ که به عنوان آموزش دهندگان اولیه رابطین محسوب می شوند، بر کار آنان نظارت کرده، آنان را حمایت

1- In-Puts

2- Mobilizers

3- Facilitators

می کنند نقش رابطین و تسهیل کنندگان کمک به والدین است تا بتوانند کفایت انتخاب های آنان را که در رشد و تکامل کودکانشان موثر است مورد ارزیابی قرار دهند. طبق شیوه های تعلیم و تربیت پائولو فریه^۱ فقر فقط نداشتن پول نیست، بلکه نداشتن حق انتخاب نیز می باشد. به منظور احیای قدرت انتخاب در بین افراد فقیر، فریه راه هایی را تشویق می کند که تصمیم گیری را با وجود منابع محدود بهبود بخشد.

تدوین و تنظیم مکانیزم هایی برای آموزش مددکاران اجتماعی کار آسانی نیست. و باید در قالب یک روش غیر متمرکز پیاده شود. به عنوان مثال برنامه مراقبتی که توسط یونیسف تهیه شده به تسهیل کنندگان امکان می دهد که گفتگوی جامعه را ارتقا بخشند. برنامه مراقبتی نیازمند تمرکز زدایی، روش های خاص محلی، از جمله ترجمه به زبان محلی و سازگار شدن با اخلاق و آداب و رسوم محلی است.

یونیسف به منظور کمک به تعلیم و آموزش تسهیل کنندگان استفاده از یک چهارچوب فکری را پیشنهاد می کند که علل بلافصل، زمینه ساز و بنیادین سوء تغذیه را از هم جدا می کند. شاید مهمترین مجموعه در بین این علل برای بحث و گفتگو در سطح جامعه، روش های مراقبت مادر و کودک باشد. بیشتر تصمیم ها در مورد روش های مراقبت حتی در دسترس فقیرترین افراد است. قابلیت و پتانسیل برای توانمند سازی از اینجا آغاز می شود.

1- Paulo Freire

نتیجه گیری:

جامعه تغذیه تجربه فراوانی برای مهیا ساختن فرآیندهای مشارکتی پایدار در سطح روستا یا در سطح جوامع دارا می باشد. اینگونه فرایندها در صورتی که سیاست های تمرکززدا موفقیت کافی کسب کرده باشند، اساسی هستند. اهمیت تجربه همراه با پایش نتایج - با بسط روش های مورب که هم به روش فرآیند به موازات نتایج توجه دارد و هم با ظرفیت سازی در سطح محلی همراه است - گسترده و در عین حال کاملاً اثبات شده است. سایر بخش ها نیز به خوبی می توانند با بکارگیری چنین روشی از مزایای فرآیندهای مشارکتی موجود از طریق خلاقیت های تغذیه ای در سطح جامعه بهره ببرند. انجام چنین روش هایی، چشم اندازی را جهت شروع بهینه سازی مشارکت در شاخص های غیر تغذیه ای، مانند میزان مرگ و میر - که در کمتر مواقعی تغییرات آن به سرعت مشاهده می گردد - فرا روی قرار می دهد و در همان زمان این اقدامات تلاشهای مشارکتی را نیز جهت بهبود بخشیدن تغذیه تقویت می کنند.

Suggested Reading:

Gillspie S. J.Mason and R.Martorell.1996.How nutrition improves.ACC/SCN State-of-the-Art Series Nutrition Policy Discussion Paper Number 15.Geneva :ACC/SCN.

Jonsson U.2000.An approach to human rights based programming in UNICEF) Eastern and Southern Africa).SCN News (Number 20:6-9.

Mason J. J.Hunt D.Parker and U.Jonsson.1999.Investing in child nutrition in Asia.Asian Development Review 17(1-2):1-32.

Parson R.1995.Thematic evaluation of UNICEF support to growth monitoring Evaluation and Research Working Paper Series No2.New York :United Nations Children's Fund)UNICEF).

Sen A.2000.Development as freedom.New York.Knopf.

Shrimpton R.1995.Community participation in food and nutrition programmes :An analysis of recent government experiences.In child growth and nutrition in developing countries (ed.P.Pinstrup-Andersen D.Pelletier and H.Alderman.Ithaca N.Y. USA : Cornell University Press.

Tontisirin K. and S.Gillespie.1999.linking community based programmes and services delivery for improving maternal and child nutrition.asian Development Review17) 1-2):33-65.

UNICEF) United Nations Childrens Fund).1999.Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries.New York.

-----1997.The care initiative :Assessment analysis and action to improve care or nutrition.New York.

World Bank.2001.Decentralization and governace :Does decentralization improve service delivery ?PREM Notes Notes Number55.Washington ,D.C :World Bank.

فصل دوازدهم

تغذیه و سیاست

فصل دوازدهم - تغذیه و سیاست

تغذیه خوب بهره فراوانی را در پی دارد. از منظر سرمایه انسانی این منافع شامل بهبود سلامت، ارتقاء شناختی و ظرفیت کاری است. از منظر توسعه این منافع شامل اقتصاد شکوفا، توانایی تولید بیشتر در کشاورزی، آموزش بهتر و بهبود پیشرفت نیروی کاری همراه با قابلیت تحمل بهتر در برابر شوک‌هایی است که به علل اجتماعی، اقتصادی و طبیعی رخ می‌دهند. شواهد حاکی از آنست که این منافع می‌توانند در سطوح بالایی از کفایت اقتصادی برای طیف وسیعی از ابزارهای سیاسی تغذیه حاصل شوند. در ضمن مباحث اصولی اجتناب ناپذیری (از جمله حقوق بشر) در راستای بهبود تغذیه وجود دارند که این مباحث توسط توافقات بین‌المللی در خصوص حق داشتن غذا مورد تأیید قرار می‌گیرند. همه این منافع با هم، انسان دوستی، توسعه و توافقات اساسی را برای بهبود تغذیه حمایت می‌نمایند.

در حالیکه این مباحث جذابیت زیادی برای بیشتر افرادی دارد که متعهد توسعه یکسان در کشورهای فقیر هستند، مباحثی‌یاد شده اساساً جزو توافقات سیاسی هستند و از بخشی از جامعه توسعه یافته نشأت می‌گیرند که قبلاً متعهد به حقوق تغذیه‌ای بوده‌اند. به استثنای موضوع حقوق بشر، در شکل کنونی بیشتر این مباحث مجموعه‌ای از اصول و راهبردهای سیاسی را نمی‌سازد. بدین صورت این مباحث به اندازه‌ای که قادرند در انگیزش، جهت تغییر سیاسی مؤثر باشند، مفید واقع نمی‌شوند. در تبدیل توافقات سیاسی به منطق و راهبردهای سیاسی، فعالان توسعه

باید بر موضوعات و مباحث سیاسی صریح بدون دور شدن از اهداف نهایی تغذیه‌ای تمرکز نمایند.

پایه‌ریزی سیاسی

سیاست به فرایندهای اجتماعی اطلاق می‌شود که اختصاص وظایف و منابع را از طریق گروه‌های اجتماعی و علایق تعیین می‌کنند. منطق مؤثر سیاسی از تجزیه و تحلیل این مسئله حاصل می‌آید که چگونه سیاست‌های مختلف ممکن است گسترش یابند، یا نحوه گسترش آن درک شود. منافع و وظایف در بین گروه و افراد مؤثر ارزش گذاری شود. این افراد و گروه‌ها می‌توانند در سطح ملی یا بین‌المللی درون سازمان‌ها و یا در جوامع باشند. راهبردهای سیاسی مؤثر از طریق تجزیه و تحلیل نمودن فرایندهای اجتماعی رایج و زمینه‌هایی بوجود می‌آیند که تشکیل اجزاء و ارزیابی سیاست‌های ویژه را شکل می‌دهند.

زمانی که دولت مالای در سال ۱۹۸۷ یک واحد تغذیه و امنیت غذایی در ساختمان محل کار رئیس جمهوری و کابینه تأسیس نمود، جامعه تغذیه آن کشور از این اقدام به عنوان گامی مثبت در جهت رفع مشکل سوء تغذیه مزمن و مرگ کودکان استقبال نمود. این حرکت واقعاً جالب و شگفت‌آور بود، از این جهت که کاملاً خلاف دهه‌های گذشته که توجه چندانی به تغذیه نمی‌شد، این بار اهمیت زیادی برای تغذیه قائل شده بودند. اگر چه تأسیس این واحد سال‌ها توسط سازمان‌های داخلی و بین‌المللی حامی تغذیه مطرح و مورد تأکید قرار گرفته بود، اما کاهش توان اقتصادی و شرایطی که بخاطر کمک‌رسانی تحمیل شده بود باعث

تسریع در بر پا نمودن این واحد در سال‌های ۱۹۸۰ گردید. حمایت اولیه که تأسیس چنین واحدی را تسریع و همراهی نمود، در گنجاندن تغذیه در دستور کار و مطرح کردن آن ضروری بود، اما عوامل زمینه‌ای و سیاسی مؤثری فرصت را برای عملی کردن این کار فراهم کردند و پیشگامان سیاسی فعال در امر تغذیه در آن زمان این فرصت را شناسایی و در قبضه گرفتند.

این مثال یک الگوی مشترک را در درون کشورها، سازمان‌ها و جوامع نشان می‌دهد. عوامل هوشیار در روند تغییرات یا پیشگامان سیاسی قادر به شناسایی یا حتی قادر به تسهیل نقطه همگرایی مشکلات، سیاست‌ها و حتی دیپلماسی‌ها در زمان خاصی هستند و از این رو قادر به افزایش توجه به تغذیه و سایر اهداف توسعه‌ای هستند. و در یک دوره زمانی خاص این همگرایی می‌تواند یک دستور العمل عمومی و نسبتاً وسیع (مانند تغذیه) را پیش ببرد. یا اینکه در دوره‌های دیگر هدایت‌کننده بحث‌ها و عناوین تخصصی‌تر در درون برنامه‌ها (مانند ترویج تغذیه با شیر مادر، مداخلات مربوط به ریز مغذی‌ها و یا بهبود روشهای مکمل‌یاری) باشد. زمانی که این پیشگامان توجه خاصی به اهمیت مباحث تغذیه داشته باشند و با اهداف و مقاصد سایر سازمان‌ها و فعالان دیگر سازگاری داشته باشند، شانس موفقیت بیشتر خواهد بود و این همان مفهوم سیاست است.

دیدگاه چند تصویری یا چند وجهی^۱ تشبیهی است که می‌تواند در تبدیل مباحث سیاسی به اصول و راهبردهای مؤثر یاری‌رسان باشد. یک تصویر از اهداف تغذیه یا توسعه‌ای، پیامدها و مباحث سیاسی را در بر می‌گیرد و بخشی از بینش جهانی

1- Split Screen

جامعه توسعه را نشان می دهد و تصویر دیگر نشانگر طیفی از فعالان، مشتاقان و سازمان ها است که بیانگر دیدگاه جهانی سیاسی است. (اصطلاح سیاست که در اینجا بکار رفته به رابطه‌ی طیف وسیعی از فعالان و سازمان ها اطلاق می شود که به صورت رسمی انتخاب شده ولی در یک دسته قرار دارند.) در مورد تصویر سیاسی، فعالان عرصه توسعه باید به طور موقتی ارزش ها، باورها و منطق هایشان را به منظور تشخیص دامنه وسیع تری از ارتباطات، مباحث و احتمالات جهت ارتقاء برنامه ها نادیده بگیرند. یک منطق سیاسی و راهبرد پایا برای بهبود تغذیه از طریق تنظیم نمودن این دو تصویر بوجود می آید که می کوشد موضوعات را بطور همزمان از دو عدسی کاملاً متفاوت بنگرد. تنظیم این دو عدسی از آن جهت مهم است که از انحراف اهداف تغذیه‌ای در مسیرهای سیاسی جلوگیری می نماید.

منافع و موانع

افراد و گروه‌های مؤثر و نافذ به خوبی منافع و موانع سیاسی را دریافته‌اند ولی این درک آنها بسیار متفاوت از درک فعالان توسعه است. به عنوان مثال بیشتر گروه‌های با نفوذ سیاسی تحت تأثیر عوامل ورودی مرتبط با تغییرات سیاسی قرار می گیرند. در مقابل فعالان عرصه توسعه متأثر از عوامل خروجی نظیر بهبود بهداشت، شناخت و تولید هستند. عوامل ورودی مرتبط با سیاست‌های تغذیه‌ای شامل موارد زیر است:

- ۱- کمک‌های غذایی که به وسیله‌ی سیاستمداران محلی، ساکنین و بیشتر افراد دیگر تعیین می شود.

- ۲- قراردادهای ساختمانی (مثلاً برای سیستم‌های آب)
 - ۳- وام‌های دولتی، که توسط مقامات وزارتخانه تعیین می‌شود.
 - ۴- اصلاحات سیستم بهداشت، که توسط مؤسسات بهداشت حرفه‌ای تعیین می‌شود.
 - ۵- دوره‌های آموزشی، کارگاه‌ها و سرانه آموزشی که به وسیله کارکنان تعیین می‌گردد.
 - ۶- استخدام در بخش دولتی یا سازمان‌های غیر دولتی (NGO) که به وسیله متقاضیان شغل فراهم می‌گردد.
 - ۷- بودجه‌های برنامه که به وسیله مدیران تعیین می‌شود.
 - ۸- آموزش‌های رسانه‌ای جمعی که باعث ارتقاء عملکرد سازمان‌های حامی می‌گردد.
- تفاوت بین دو دیدگاه بیانگر آن است که منطق سیاسی مؤثر بایستی از طریق شناسایی ارتباطات بین ورودی‌های سیاسی (که به وسیله گروه‌ها و جناح‌های سیاسی مؤثر تعیین می‌گردد) و پیامدهای سیاسی (که مطلوب فعالان توسعه است) پایه ریزی شود.
- این ارتباطات اصولاً در بین گروه‌ها و جناح‌های مختلف و در بین گزینه‌های سیاسی مختلف متفاوت است و تجزیه و تحلیل‌ها باید در سطح اختصاصی صورت گیرد. خطری که در برابر این توافق وجود دارد جانشینی هدف است که در آن جناح سیاسی جهت دستیابی به اهداف ورودی خود به سوی هدف بزرگتری همچون تغذیه تغییر جهت پیدا می‌کند.

فرایندها و زمینه‌های اجتماعی

همچنانکه قبلاً اشاره شد، منافع و موانع نه تنها ممکن است مادی یا اقتصادی باشند بلکه ممکن است شخصی، حرفه‌ای، سازمانی، روانی و سیاسی نیز باشند. متناسب‌ترین منافع و موانع در یک مورد خاص بستگی به زمینه آن دارد و بنابراین باید در همان زمینه تجزیه و تحلیل صورت گیرد. جنبه‌های مرتبط با فرایند و زمینه اجتماعی از یک مورد به مورد دیگر بسیار متفاوت است اما از نقطه نظرها اهداف تحلیلی در سه دسته مجزا جای داده می‌شوند.

یک دسته به فرایندهای تصمیم‌گیری مربوط می‌شود که در شکل‌گیری سیاسی نقش دارند و مشتمل بر تنظیم مجموعه دستورالعمل‌ها، تعریف مشکل، افزایش راه حل‌های مطلوب، اجرا و ارزیابی است. همان‌گونه که همه فعالان توسعه به تجربه دریافته‌اند این فرآیندهای تصمیم‌گیری از یک روند فنی منطقی و خطی تبعیت نمی‌کنند. در عوض به شدت تحت تأثیر فرایندهای اجتماعی که احاطه‌کننده این فعالیت‌ها هستند، قرار دارند (اگر نخواهیم بگوییم که ناشی از آنها هستند). به عنوان مثال اولویتی که به سوء تغذیه کلی نسبت به سوء تغذیه ریز مغذی‌ها در درون یک آژانس بین‌المللی یا دولت ملی داده می‌شود، به هر یک از تصمیم‌گیری‌های بالا مرتبط می‌شود و تحت تأثیر فرآیندهای اجتماعی کاملاً شناخته شده موجود در آن سازمان یا دولت قرار می‌گیرد.

دومین دسته مورد تجزیه و تحلیل فرایندهای اجتماعی هستند که بر تصمیم‌گیری‌ها تأثیر می‌گذارند. این فرایندها حاصل تعامل مختلف و گوناگون بین اعضا هستند، که هر کدام دارای دیدگاهها، نظریه‌ها، علایق، ارزشها، اهداف و منابع ویژه‌ای

هستند. این مشارکان می توانند دولت یا آژانس‌های بین‌المللی، بخش‌ها یا افراد درون آژانس‌ها، بخشهای خصوصی علاقمند، سازمان‌های حرفه‌ای، گروه‌های دانشگاهی، رسانه‌ای و یا دیگر گروه‌های مختلف جامعه مدنی باشند. مرتبط‌ترین گروه‌ها بر اساس فعالیت‌ها و برنامه‌های مجزای سیاست تغذیه‌ای (به عنوان نمونه، تغذیه تکمیلی در مقابل غنی سازی با ویتامین A بسیار متفاوت عمل می کنند، هرچند تشابهاتی نیز با یکدیگر دارند. بعضی از این گروه‌ها ممکن است قبلاً در بعضی از مراحل چرخه سیاسی فعال بوده باشند، اما بقیه به صورت اجزای بالقوه باقی بمانند که شناسایی آنها از طریق تجزیه و تحلیل چند تصویری یا چند وجهی منافع و موانعی را که قبلاً توصیف شد، صورت بگیرد. تقویت و درگیر نمودن این نیروهای بالقوه، اقدامی کلیدی در راهبردهای سیاسی است.

دسته مهم سوم، بستر اجتماعی است که به روندهای تاریخی و کنونی، وقایع و شرایطی اطلاق می شود که مسائل خاص سیاسی و راه حل‌های بالقوه آن را تحت تأثیر قرار داده‌اند. تجزیه و تحلیل زمینه اجتماعی اغلب نباید در سطح کلی (مثلاً کلیات تغذیه) صورت بگیرد بلکه باید بیشتر در رابطه با موارد زیر باشد:

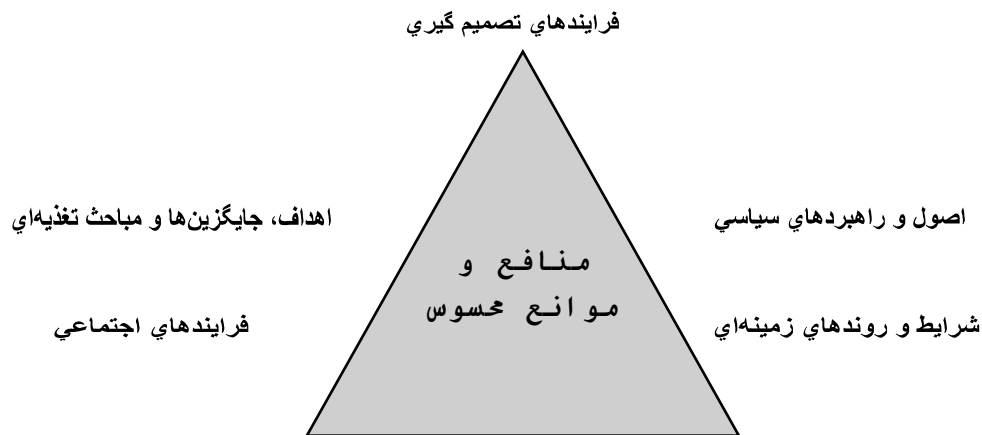
۱- فعالیت‌ها یا اهداف اختصاصی‌تر (مانند روندها و شرایط اخیر در بخش بهداشت یا در تمرکز زدایی اداری)

۲- بعضی از اجزای کلیدی که با شرایط و روندهای ویژه‌ای سروکار دارند. از این رو این تجزیه و تحلیل به شناسایی فرصت‌های سیاسی و نیز محدودیت‌ها در مسیر فعالیت‌های خاص مرتبط با تغذیه کمک می کند.

تجزیه و تحلیل کردن زمینه اجتماعی از بعد تمامیت حیطه تغذیه در موقعیت‌ها سودمند است اما ممکن است برای بسط یک سیاست فراگیر تغذیه‌ای در شکل مرسوم مفید نباشد. ازدیدگاه سیاسی کاربرد عمده چنین روشی بدین صورت است: الف) فراهم نمودن فهرستی از فرصت‌های سیاسی برای تجزیه و تحلیل بیشتر و توسعه راهبردی ب) باز نمودن «فضای مذاکره» از طریق گسترش دامنه منافع و بیان موانع بالقوه موجود.

پیاده کردن تغذیه:

پیاده کردن اهداف و مباحث تغذیه در اصول و راهبردهای پایدار سیاسی نیازمند تلفیق اجزای بخش‌های پیشین است. (همچنانکه در شکل ۱ ترسیم شده است.)



شکل ۱- شکل‌گیری اصول و راهبردهای سیاسی

پویایی اساسی که در این طرح ترسیم شده نشان دهنده این است که اجزای مختلف یک فرایند سیاسی همگی بر اساس منافع و موانع (یا فرصتها و تهدیدها) در یک وضعیت عمل می کنند. این وضعیت توسط فرایندهای اجتماعی و فاکتورهای زمینه‌ای شکل می گیرد. همچنین از این طرح استنباط می شود که:

۱- بیشتر مشارکان ممکن است توسط اهداف و مباحث تغذیه انگیزه پیدا

نکنند و یا اینکه ممکن است با چنین اهدافی موقعی‌تشان به خطر بیفتد.

۲- الگوی منافع و موانع یا فرصت‌ها و تهدیدها برای اعضای مختلف ممکن

است کاملاً فردی و وابسته به نوع درک آنان براساس ارزش‌ها، باورها و

علاقه‌مندی‌های ویژه آنان باشد.

این طرح در ضمن نمایانگر این موضوع است که حمایت و پشتیبانی مؤثر نه تنها باعث ارتقاء آگاهی از اهداف و مباحث تغذیه‌ای - همانگونه که جامعه تغذیه آن را درک می کند - می گردد، به علاوه و مهمتر از آن، توانایی دیگر افراد را در فهم نقطه تلاقی و همگرایی بین دستورالعملهای تغذیه، ارزش‌ها، علاقه‌مندیها و باورهایشان ارتقاء می بخشد. به شیوه‌ای کاملاً مشابه، جامعه تغذیه نیز ممکن است موفقیت‌ها و سرمایه بیشتری را نه تنها از تلاش خود به خاطر حمایت از برنامه‌هایش بدست آورد، بلکه بوسیله شناسایی فرصت‌ها جهت مرتبط نمودن اجزای ویژه تغذیه با برنامه‌های دیگر جامعه سیاسی و توسعه‌ای این موفقیت‌ها را کسب کند. فرصت‌های متعددی برای برآورده ساختن هر دو دیدگاه در مجموعه‌های مختلف (دولت و آژانس‌های بین‌المللی، با بخش خصوصی و

جوامع و سازمان‌های غیر دولتی) و در فازهای مختلف چرخه برنامه و سیاست (تنظیم دستورالعمل، اجرا و ارزیابی) وجود دارد. در مواردی که جامعه تغذیه فاقد قدرت یا منابع لازم جهت انجام وظایف خود است، یا قادر به همراه کردن دیگران برای همکاری در زمینه‌های مرتبط با تغذیه نیست - که در بیشتر موارد اینگونه است - موفقیت بستگی به توانایی جامعه تغذیه جهت طراحی و شناسایی اهدافی خواهد داشت که برای دیگران نیز ارزشمند است و در عین حال آنچه را نیز که مطلوب تغذیه است تأمین نماید.

Suggested Reading:

Bobrow ,D.B. and J.S.Dryzek.1987.Policy analysis by design.Pittsburgh :University of Pittsburgh Press.

Clark ,T.2001.The policy process :A practical guide for natural resource professionals.New Haven :Yale University Press.

Haass ,R.N.1999.The bureaucratic entrepreneur.Washington ,DC : Brookings institution.

Kingdon ,J.W.1995.Agendas ,alternatives and public policies.New York :Harper Collins College Publishers.

Mintrom ,M.2000.policy entrepreneurs and school choice.Washington DC :Georgetown University Press.

Pinstrup-Andersen ,P. .ed.1993.The political economy of food and nutrition policies.Baltimore ,Md. :Johns Hopkins University Press.

Quinn,V.J.1994.Nutrition and national development:An evaluation of nutrition planning in Malawi from 1936 to 1990.PhD.Thesis,Department of Human Nutrition,Washington Agricultural University,Wageningen,The Netherlands.

Rochefort ,D.A. and R.W.Cobb.1994.The Politics of problem definition.Lawrence ,Ks :University of Kansas Press.