

تعیین کننده‌های اجتماعی - جمعیتی شدت ناامنی غذایی در
میان قشرهای آسیب پذیر
منطقه ۲۰ شهر تهران

دکتر محمود قاضی طباطبائی*

دکتر نسرین امیدوار**

جمیله علی حسینی***

تاریخ دریافت: ۸۸/۷/۲۶

تاریخ پذیرش: ۸۹/۳/۹

چکیده

فقر از جمله عواملی است که موجب ناتوانی خانوارها یا اعضای مشخصی از خانوار در دسترسی به غذای کافی برای رفع نیازهای اساسی‌شان می‌شود. این پدیده که به ناامنی غذایی تعبیر می‌شود، در برگیرنده مفاهیم کمی، کیفی، روانشناختی و اجتماعی است. ناامنی غذایی تحت تأثیر عواملی است که بر

* . دانشیار گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران smghazi@atu.ac.ir

** . دانشیار گروه تغذیه جامعه، انستیتو و دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید

بهشتی nomidvar@yahoo.com

*** . کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی و پژوهشگر جمعیت‌شناسی غذا و تغذیه alihoseini@yahoo.com

منابع اقتصادی خانوار اثر می‌گذارد. در تلاش برای تبیین ناامنی غذایی در میان قشرهای آسیب پذیر جامعه شهری ایران، این تحقیق رابطه برخی عوامل جمعیتی و اجتماعی را بر شدت ناامنی غذایی در میان نمونه ۳۰۰ نفری از خانوارهای تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی در منطقه ۲۰ شهر تهران بررسی می‌کند.

بر اساس یافته‌ها ۹۸/۶ درصد نمونه‌های این مطالعه ناامنی غذایی را با شدت‌های گوناگون آن تجربه کرده‌اند. در حالی که ناامنی غذایی در ۳۷/۳ درصد آنها در حد شدید ارزیابی شد. ناامنی غذایی در سطح خانوار و بزرگسال (مادر) شایع‌تر از سطح کودک بود. بنابراین همان‌طور که رادیمر و همکاران نیز بیان کرده‌اند، ناامنی غذایی یک فرآیند مدیریت شده است. وقتی که خانوار در معرض ناامنی غذایی قرار می‌گیرد، مادر (و دیگر بزرگسالان) خانوار با تقلیل کمی و کیفیت غذایی خانوار و کم کردن دریافت غذایی خود مانع از ناامنی غذایی کودکان می‌شوند. در مراحل پیشرفته‌تر گرسنگی به کودکان نیز سرایت می‌کند. در این تحقیق متغیرهای جنسیت سرپرست، بیمار بودن یکی از اعضاء خانواده، بُعد خانوار، سطح تحصیلات و وضع فعالیت سرپرست خانوار به عنوان مهم‌ترین متغیرهای تبیین کننده شدت ناامنی غذایی در خانوارهای شهری شناخته شدند.

واژه‌های کلیدی: ناامنی غذایی، خانوار، عوامل اجتماعی، فقر.

مقدمه

امنیت غذایی از موضوعات مهم جهانی است که در سالهای اخیر در ایران مورد بحث قرار گرفته است. بسیاری از کشورهای جهان، از جمله ایران در بیانیه ۱۹۹۲ کنفرانس جهانی غذا متعهد شدند که تا سال ۲۰۰۰ به تحقق مفاد این بیانیه از جمله بهبود امنیت غذایی و اولویت دادن به گروه‌های محروم به ویژه زنان و کودکان کمک کنند. با وجود چنین مساعی ای تعداد افراد دچار سوء تغذیه در جهان به ویژه در آسیا

هنوز بالاست. بر اساس تخمین‌های فائو در سطح جهان هنوز ۸۵۴ میلیون نفر دچار سوء تغذیه هستند که ۸۲۰ میلیون نفر از آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. آسیا و اقیانوسیه با ۶۸ درصد از جمعیت جهان در حال توسعه، ۶۴ درصد از افراد دچار سوء تغذیه را در خود جای داده‌اند. این در حالی است که هیچ کدام از کشورهای آسیایی تا کنون در رسیدن به اهداف بیانیه ۱۹۹۲ موفق نبوده‌اند (فائو، ۲۰۰۶).

در ایران، بررسی‌های متعدد تغذیه‌ای نشان داده است که طی سال‌های اخیر کشور از یک طرف با کمبودهای تغذیه‌ای گوناگون مواجه بوده است و از سوی دیگر بیماری‌های مزمن مرتبط با تغذیه از جمله چاقی، دیابت، بیماری‌های قلب و عروق و انواع سرطانها روند هشدار دهنده و رو به گسترشی را طی کرده‌اند. همچنین شیوع بیماری‌های ناشی از فقر سلامت و ایمنی غذا در کشور قابل توجه است (کیمیگر و باژن، ۱۳۸۴). این مشکلات تغذیه‌ای پیامدهای نامطلوبی از قبیل افزایش مرگ و میر و ابتلا به بیماری‌ها، افزایش هزینه‌های درمان، کاهش ضریب هوشی و قدرت یادگیری و به طور کلی کاهش توانمندی‌های ذهنی و جسمی را به همراه دارند که روند توسعه کشور را به مخاطره می‌اندازند. گزارش اخیر بانک جهانی از فقر و نحوه توزیع درآمد در ایران حاکی از آن است که ۴۹/۹ درصد کل مصرف و درآمد ایران به دو دهک بالای درآمدی (طبقه ثروتمند)، تعلق دارد. این در حالی است که دهک اول درآمدی در ایران که شامل ۱۰ درصد جامعه (فقیرترین اقشار) می‌شود، تنها ۲ درصد درآمد و مصرف را به خود اختصاص داده است. بررسی تغییرات درآمد، قیمت و هزینه غذا در طول سال‌های اخیر نشانگر آن است که از یک سو سبد غذایی خانوارها کوچک‌تر شده و از سوی دیگر جایجایی مواد غذایی در آن قابل توجه بوده است، بطوری که خانوارها از سطح سیری سلولی به سطح سیری شکمی کشانده شده‌اند (تقوی و نخجوانی، ۱۳۷۹).

بررسی سهم هزینه کالاهای خوراکی در سبد مصرف خانوارهای شهری و روستایی طی سالهای ۱۳۶۱ تا ۱۳۸۲ نشان می‌دهد که سهم هزینه کالاهای خوراکی شهری از ۴۰

درصد به ۲۵ درصد کاهش یافته است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که این کاهش به دلیل افزایش درآمد خانوارها طی این دوره نبوده است، بلکه نشانگر کاهش شدید مصرف مواد خوراکی خانوارهای شهری است. چنین شرایطی نشان از وجود مشکلات اساسی در اقتصاد کشور، فقر و فشارهای مالی و در نتیجه ناامنی غذایی در خانوارها دارد (غروی نخجوانی، ۱۳۸۴: ۱۰۱).

در این راستا تحلیل اقتصادی و اجتماعی عملکرد تغذیه‌ای خانوارهای شهری و روستایی کشور، بویژه تعیین مکانیسم‌های درون خانوارهای کم‌درآمد در مواجهه با ناامنی غذایی که بارها با آن روبرو شده‌اند، یک ضرورت محسوب می‌شود. چنین شناختی به برنامه‌ریزان سطح خرد و کسانی که در سطوح ارائه خدمات فعالیت دارند، امکان برخورد مناسب‌تر و طراحی واقع‌بینانه‌تر برنامه‌های مداخله‌ای برای بهبود امنیت غذایی خانوارها را می‌دهد. این تحقیق با هدف مطالعه رابطه برخی عوامل جمعیتی و اجتماعی با شدت ناامنی غذایی در خانوارهای کم‌درآمد تهران انجام شد.

چارچوب مفهومی امنیت غذایی

مقوله امنیت غذایی تاریخچه و گذشته نسبتاً درازی دارد. طرح مفهوم امنیت غذایی به بحران غذا در جهان در اوایل دهه ۱۹۷۰ و حتی پیش از آن به اعلامیه حقوق بشر سازمان ملل متحد در سال ۱۹۴۸ بر می‌گردد. از آن زمان تاکنون تعریف و دامنه‌این مفهوم دستخوش تحولات زیادی شده است.

در آغاز دهه ۱۹۷۰، دنیا با یک بحران غذا رو به رو شد. تولید مواد غذایی در کشورهای در حال توسعه دستخوش بی‌ثباتی و کاهش شدید گردید و سیل‌های ذخیره غلات به سرعت خالی و پیش‌بینی می‌شد که تعادل شکننده میان جمعیت و غذا در جهان به وخامت بیشتر گراید. در کنفرانسی که به منظور چاره‌جویی و پیشگیری از عواقب وخیم این بحران در سال ۱۹۷۴ به ابتکار سازمان ملل متحد تشکیل شد، امنیت غذایی برای اولین بار مطرح شد. این کنفرانس به امنیت غذایی در سطح جهانی و در

سطح کشور توجه خاص داشت. سازمان ملل متحد در سال ۱۹۷۵ امنیت غذایی را به شرح زیر تعریف کرد: «امنیت غذایی عبارت است از عرضه مستمر کالاهای غذایی اصلی در سطح جهانی به منظور بهبود مداوم مصرف غذا و ختنی کردن اثرات نامطلوب نوسانات تولید و قیمت آن» (سازمان ملل، ۱۹۷۵). همان‌طور که از این تعریف استنباط می‌شود در آن زمان، امنیت غذایی در سطح کلان مطرح و هدف اصلی آن استمرار و کفایت تولید و عرضه غذا و تا حدی کنترل اثرات نامطلوب نوسانات سالانه تولید و قیمت بوده است. در این تعریف عرضه غذا در سطح جهان به عنوان شرط لازم تأمین امنیت غذایی دیده شده است. سازمان خواربار و کشاورزی جهانی (فائو) ۹ سال بعد تعریف زیر را ارائه کرد: «امنیت غذایی یعنی اطمینان از اینکه تمام مردم در تمام اوقات دسترسی اقتصادی و فیزیکی به غذاهای اصلی مورد نیاز خود داشته باشند» (سازمان جهانی بهداشت / سازمان خواربار و کشاورزی، ۱۹۸۳). این یک نقطه عطف در تفکر، تعریف و تحلیل امنیت غذایی بود که تمرکز از سطح کلان به سطح خرد و خانوار، یعنی گروه هدف اصلی امنیت غذایی معطوف شد. مزیت این تفکر این است که دسترسی اقتصادی و فیزیکی افراد را نیز مد نظر قرار می‌دهد و دیدگاهی خردنگر دارد. در سال ۱۹۸۶ نیز تعریف کاملتری از طرف بانک جهانی مطرح شد و مورد پذیرش قرار گرفت: «امنیت غذایی عبارت است از دسترسی تمام مردم به غذای کافی در تمام اوقات به منظور زندگی سالم و فعال» (بانک جهانی، ۱۹۸۶).

با گسترش دامنه درک از مفاهیم امنیت غذایی، دیگر امنیت غذایی نه تنها به معنای تأمین مقدار لازم کالری و پروتئین دریافتی فرد، بلکه بصورت مفهومی با ابعاد روانشناختی و اجتماعی مورد توجه قرار گرفت. از جمله، اطمینان در مورد تداوم و ثبات وضعیت غذایی و قابل قبول بودن شیوه‌های کسب و تهیه غذا از نظر اجتماعی نیز به بُعد مفهومی امنیت غذایی وارد شد. این دیدگاه که به فرد و احساسات او نیز توجه نشان می‌دهد، ابتدا در ایالات متحده مطرح شد. بر اساس این دیدگاه ممکن است که میزان دریافت فرد از نظر کالری و پروتئین در حد نیاز باشد، اما چنانچه اطمینان از

تداوم این وضعیت نداشته باشد و نگران تأمین غذای کافی در آینده و یا تهیه غذای مورد نیاز خود از راه‌های قابل قبول از لحاظ اجتماعی باشد، فرد در گروه‌های ناامن غذایی قرار داده می‌شود. به عبارت دیگر، این افراد هر چند از نظر علم تغذیه با توجه به میزان دریافت نیازهایشان تأمین می‌شوند، اما از امنیت غذایی برخوردار نمی‌باشند. بر این اساس، محققان دانشگاه کرنل آمریکا در تلاش برای تبیین مفهوم پدیده ناامنی غذایی خانوار، پیرو مصاحبه‌های عمیق با زنانی که گرسنگی را تجربه کرده بودند، ناامنی غذایی را به صورت «ناتوانی یا تردید در بدست آوردن یا مصرف غذای کافی - از نظر کمی یا کیفی - از طریق شیوه‌های مورد قبول جامعه» تعریف کردند (رادیمر^۱ و دیگران، ۱۹۹۲). به این ترتیب، مفهوم امنیت غذایی گستره وسیع تری پیدا کرد. آنها همچنین نشان دادند که ناامنی غذایی در سطوح فرد و خانوار قابل تفکیک از یکدیگرند. وقایعی که در سطح خانوار اتفاق می‌افتند، عبارتند از: نگرانی و عدم اطمینان در مورد تداوم موجودی مواد غذایی، نامناسب بودن مواد غذایی از نظر تغذیه‌ای (کیفیت) و نامناسب بودن مواد غذایی از نظر کمیت (تخلیه ذخایر مواد غذایی). اما وقایعی که در سطح فرد اتفاق می‌افتند شامل: نامناسب بودن مواد غذایی از نظر کیفیت در افراد بزرگسال یا کودک و نامناسب بودن مواد غذایی از نظر کمیت در بزرگسال یا کودک می‌باشند. همچنین، برای ناامنی غذایی سه بُعد روانی یا نگرانی در مورد تأمین مواد غذایی، بُعد کیفی یا کافی نبودن مواد مغذی دریافتی و بُعد کمی یا تخلیه ذخایر مواد غذایی در بدن تعریف شده است (جدول ۱). شدت ناامنی غذایی نیز در سطوح مختلف مورد توجه قرار گرفته است. رینویل و برینک^۲ (۲۰۰۱) بعد روانی یعنی نگرانی در مورد تهیه غذا را اولین و ضعیف‌ترین جزء ناامنی غذایی، تغییر رژیم غذایی و افت کیفیت غذا را مرحله بعدی و تجربه گرسنگی را شدیدترین سطح ناامنی غذایی دانسته‌اند.

1. Radimer
2. Rainville & Brink

جدول ۱- ابعاد و سطوح ناامنی غذایی

ابعاد ناامنی	بازتاب در سطح خانوار	بازتاب در سطح فرد
کمّی	تقلیل غذایی	دریافت ناکافی
کیفی	غذای نامناسب	عدم کفایت تغذیه‌ای
روانشناختی	نگرانی در مورد تأمین غذا	نداشتن انتخاب و احساس محرومیت
اجتماعی	کسب غذا با شیوه‌های غیر قابل قبول اجتماعی	الگوهای غذایی در هم ریخته

Radimer and Other: 1992

عوامل خطر ناامنی غذایی

بیشتر نظریه‌ها و تحلیل‌های موجود در زمینه ناامنی غذایی به پیامدها و نتایج ناامنی غذایی توجه نشان داده‌اند. مدل‌های اندکی وجود دارند که به عوامل جمعیتی، اجتماعی تأثیرگذار بر ناامنی غذایی پرداخته‌اند. از آن میان بیشتر نظریه‌ها بیش‌تر بر عوامل سطح کلان تأکید کرده‌اند. عوامل سطح کلان اجتماعی بیشتر به سیاستهای اقتصادی و تأمین اجتماعی در بخشهای عمومی، خصوصی و غیر رسمی، فرصتهای اشتغال و برنامه‌های کمک غذایی دولتی معطوف است. عوامل سطح خرد در بیشتر تحقیقات شرایط و منابع خانوار از جمله نوع و بُعد خانوار، منابع اجتماعی و اقتصادی در دسترس خانوار، دریافت کوپن‌های غذایی، دسترسی به فروشگاههای مواد غذایی، سطح سواد و آگاهی والدین مخصوصاً مادر (هالبن^۱، ۲۰۰۲؛ اولسون و همکاران، ۱۹۹۶) را در نظر دارند. در میان متغیرهای جمعیت شناختی، جنسیت سرپرست خانوار و وجود فرزندان خردسال

1. Holben

در خانوار در برخی مطالعات تأثیر زیادی بر تجربه ناامنی غذایی داشته است (نورد^۱ و همکاران، ۲۰۰۵).

کمپبل^۲ عوامل ایجاد کننده ناامنی غذایی را با عنوان عوامل خطر^۳ در یک چارچوب مفهومی مطرح می‌کند. براساس این مدل، عوامل خطرزای ناامنی غذایی هر چیزی است که منابع خانوار (از قبیل پول، زمان، اطلاعات و سلامتی) را محدود کند. بنابراین، عوامل خطرزا شامل عواملی است که فرصتهای اشتغال، دستمزد، مزایا و کمکهای اجتماعی را محدود سازد. همچنین عواملی که هزینه‌های غیر غذایی، از قبیل هزینه‌های منزل و وسایل رفاهی، مراقبت‌های بهداشتی، مالیات و مراقبت از کودکان را افزایش می‌دهد نیز از جمله عوامل خطرزای ناامنی غذایی محسوب می‌شوند. این تحلیل در تبیین عوامل اثرگذار بر ناامنی غذایی از عوامل سطح کلان شروع می‌کند و در نهایت به کیفیت زندگی و سلامت می‌رسد. بر اساس این مدل، سیاستهای اقتصادی و تأمین اجتماعی در بخشهای عمومی، خصوصی و غیر رسمی بر اشتغال، قیمت کالاها، دستمزد، آموزش و ارائه خدمات و کمکهای اجتماعی تأثیر می‌گذارد. این عوامل خود تعیین کننده منابع خانوار (پول، اطلاعات، زمان و سلامتی) هستند. خانوار باتوجه به منابع در دسترس، هزینه‌های خوراکی و غیر خوراکی خود را می‌پردازد. اگر هزینه‌های غیر خوراکی که شامل هزینه‌های غیر منتظره خانوار نیز می‌شود افزایش پیدا کنند، بر تهیه و فراهم‌آوری غذای خانوار اثر می‌گذارند که این امر به نوبه خود به طور مستقیم بر امنیت غذایی خانوار تأثیر خواهد گذاشت. عوامل دیگری نیز در این روند تأثیر گذارند، مانند: کمکهایی که خانوار می‌تواند در شرایط بحرانی از منابع خصوصی مثل خویشاوندان و دوستان و یا کمکهای غذایی دولتی دریافت کند. بر اساس این مدل، ناامنی غذایی در درون خانوار ابتدا به صورت نگرانی از کمبود مواد غذایی و تهیه آن رخ می‌دهد و سپس به سطح تجربه گرسنگی در فرد می‌رسد. تمام افراد خانوار نیز

1 . Engle

2 . Campbell

3 . Risk Factors

همزمان گرسنگی را تجربه نمی‌کنند، بلکه در ابتدا بزرگسالان مانع از سرایت گرسنگی به بچه‌ها می‌شوند. در صورت تداوم ناامنی غذایی، کودکان نیز در معرض گرسنگی قرار می‌گیرند (کمپبل، ۱۹۹۱). تغذیه نامناسب بر سلامت فرد که شامل رفاه اجتماعی و روانی، همچنین سلامت جسمی است تأثیر منفی می‌گذارد که این در مفهوم کلی کیفیت زندگی تبلور می‌یابد (اولسون،^۱ ۱۹۹۹).

چارچوب مفهومی دیگری که مبتنی بر درک امنیت غذایی است، به طور گسترده در ایالات متحده مورد استفاده قرار گرفته است. در این دیدگاه منابع اقتصادی و اجتماعی که فرد از آن برخوردار است، مستقیماً بر امنیت غذایی او تأثیر می‌گذارد. ناامنی غذایی به طور مستقیم بر دریافت غذایی و سرانجام بر وضعیت تغذیه‌ای و سلامت جسمی مؤثر خواهد بود. در این دیدگاه، ناامنی غذایی به طور متفاوت در سطوح بزرگسال، کودک و خانوار تجربه می‌شود (Wolfe & Frongillo, 2001).

براساس چارچوب مفهومی یونیسف، عامل دیگری که در ایجاد یا کنترل ناامنی غذایی کودک می‌تواند مؤثر باشد، توانایی مادر در چگونگی مراقبت از فرزند یا به طور مشخص ویژگیهای مادر از لحاظ آموزش، دانش و عقاید^۲، سلامت جسمی، جایگاه تغذیه‌ای، سلامت روانی و اعتماد به نفس، استقلال و توانایی کنترل منابع و دریافت حمایت‌های اجتماعی است. (Engle & Others, 1999) مطالعه‌ای در مورد ارتباط بین موقعیت زنان، امنیت غذایی و توسعه در ۳۰ کشور در حال توسعه، نشان داده است که برابری جنسیتی، خطر گرسنگی و مرگ و میر کودکان را کاهش می‌دهد. کشورهایی که جنسیت را در ملاحظات سیاسی و برنامه‌ریزی‌هایشان در نظر می‌گیرند، مزایای آن را در توسعه اقتصادی و اجتماعی، مخصوصاً در ارتباط با امنیت غذایی و مرگ و میر کودکان مشاهده کرده‌اند. (Scanlan, 2004)

1. Olson

2. Knowledge and Beliefs

جمع بندی مباحث نظری

نامنی غذایی از مباحثی است که بیشتر در حوزه علوم تغذیه و اقتصاد کلان مطرح بوده است، و کمتر در تحلیل‌های اندیشمندان علوم اجتماعی وارد شده است. بنابراین نظریاتی که در این باره مطرح شده‌اند کمتر با نظریه پردازیهای اجتماعی و تحلیل‌های جامعه‌شناسانه همراه بوده‌اند. به خصوص در زمینه عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر نامنی غذایی در سطح خرد، اغلب دیدگاههای ارائه شده به اشاره ضمنی و گذرا بر این عوامل اکتفا کرده‌اند. این مقاله در تلاش برای شناسایی این عوامل از مطالعات گوناگونی که به نحوی به مباحث اجتماعی پرداخته‌اند، در تعیین این عوامل بهره گرفته است. به دلیل اینکه مدل جامعی در این زمینه یافت نشد، در عین آگاهی از اینکه بهره‌گیری از مدل‌های گوناگون ممکن است از انسجام و یکپارچگی چارچوب نظری بکاهد، به ناچار به ترکیب عوامل گوناگون دست زدیم. در این مطالعه با الهام از مطالعه کمپبل، علاوه بر متغیرهای جمعیتی (مانند تحصیلات، سن، وضعیت اشتغال، بعد خانوار، جنسیت سرپرست خانوار) که معمولاً در مطالعات امنیت غذایی مورد توجه قرار گرفته‌اند، عواملی در نظر گرفته شده‌اند که ممکن است هزینه‌های غیر خوراکی خانوار را تحت تأثیر قرار دهند، متغیرهایی مانند: بیماری و هزینه‌های درمان از جمله عوامل غیر منتظره‌ای است که می‌تواند امنیت غذایی خانوارهای محروم را تحت تأثیر قرار دهد. عوامل دیگری که ممکن است بر وضعیت امنیت غذایی اینگونه خانوارها مؤثر باشند، کمکهایی است که خانوار می‌تواند در شرایط بحرانی از نزدیکان، خویشان یا دوستان بگیرد. بنابراین بر خورداری از یک شبکه خویشاوندی یا دوستی قوی به عنوان عاملی مطرح است که می‌تواند پشتوانه خانواده در شرایط بحرانی باشد.

روش‌شناسی مطالعه

این تحقیق یک پیمایش از نوع مطالعه همبستگی و روابط مقطعی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را خانوارهای زیر پوشش کمیته امداد امام خمینی منطقه ۲۰ تهران^۱ در سال ۱۳۸۴ تشکیل می‌دهند. بر اساس گزارش مرکز آمار و انفورماتیک کمیته امداد کشور در سال ۱۳۸۳، تعداد ۳۷۰۵ خانوار در منطقه ۲۰ تهران زیر پوشش این مرکز قرار داشته‌اند. واحد آماری تک تک خانوارهای تحت پوشش است.^۲ نمونه مورد نظر در این تحقیق به صورت تصادفی ساده از میان فهرست خانوارهای زیر پوشش کمیته امداد امام خمینی در منطقه مزبور انتخاب شد. با پذیرش ۰/۰۵ خطا با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه برآورد شد. از آنجا که پیش فرض یکسان بودن p و q در این تحقیق مورد قبول نبود (به علت همگن بودن جامعه مورد مطالعه)، از طریق اولین گویه کیفی در پرسشنامه مقدماتی مقادیر فوق برای p و q محاسبه شد. با استفاده از این فرمول حجم نمونه در حدود ۳۰۰ خانوار برآورد شد. نصف تعداد حجم نمونه از خانوارهای مرد سرپرست و نصف دیگر از خانوارهای زن سرپرست انتخاب شد.^۳ نشانی محل سکونت پاسخگویان از واحد آموزش کمیته امداد گرفته شد. با مراجعه پرسشگر به درب منزل خانوار مورد نظر، اطلاعات توسط پرسشنامه از طریق مصاحبه چهره به چهره با زن خانوار تکمیل شد. متوسط مدت مصاحبه‌ها در حدود ۳۰ دقیقه و توسط خود محقق و دو نفر مصاحبه گر آموزش دیده صورت گرفت. مصاحبه گران در

۱- منطقه ۲۰ یکی از محلات قدیمی در جنوب شهر تهران است که به نام شهر ری معروف است.

۲- طبق گزارش آماری سالیانه کمیته امداد، خانوار نیازمند به این صورت تعریف شده است: خانوار نیازمند خانواری است که به علت فوت، طلاق، مفقودی، متارکه، از کار افتادگی، محکومیت به زندان، اعزام به سربازی یا بیماری سرپرست و ... قادر به تأمین نیازهای اولیه خود نباشد (گزارش آماری کمیته امداد امام خمینی، ۱۳۸۲: ۷).

بنابراین خانوارهایی که زیر پوشش این مرکز قرار داشته‌اند الزاماً می‌بایست واجد شرایط بالا باشند.

۳- خانوارهای مرد سرپرست از دیدگاه کمیته امداد خانوارهایی هستند که در آن پدر خانواده حضور دارد. در صورتی که مرد خانواده به هر علتی در خانواده حضور نداشته باشد آن خانوار زن سرپرست نامیده می‌شود.

حین مصاحبه به فهم و درک پاسخگویان از گویه‌ها توجه نشان داده و در صورت لزوم جمله‌ها را ساده تر و با ارائه مثال برای پاسخگویان قابل فهم تر می‌کردند. وسیله اندازه‌گیری پرسشنامه‌ای، شامل گویه‌هایی برای اندازه‌گیری متغیرهای مستقل و وابسته (نامنی غذایی) بود. متغیر وابسته به وسیله پرسشنامه تعدیل شده رادیمر-کرنل سنجیده شد. این پرسشنامه پس از بومی شدن در بیشتر نقاط جهان مورد استفاده قرار گرفته و به عنوان یکی از ابزارهای ساده و کم هزینه سنجش مستقیم نامنی غذایی مطرح است (کوتز، ۲۰۰۴). در ایران ظرافتی شجاع و همکاران اعتبار این پرسشنامه را مورد سنجش قرار داده‌اند (شجاع و همکاران، ۲۰۰۷). در این پژوهش با حفظ چارچوب اصلی این پرسشنامه، پس از مطالعه مقدماتی، تغییرات اندکی در واژگان گویه‌ها به منظور فهم بهتر آنها توسط پاسخگویان، اعمال شد.

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

نامنی غذایی خانوار؛ وقایعی که در سطح خانوار اتفاق می‌افتد شامل عدم اطمینان یا نگرانی در مورد تداوم موجودی مواد غذایی، ناتوانایی در خرید مواد غذایی متنوع و با کیفیت مناسب و تخلیه ذخایر مواد غذایی است. این شاخص از طریق ۶ سؤال در یک طیف سه گزینه‌ای (هیچ‌وقت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات) سنجیده شده است. تمام گویه‌ها از پرسشنامه تعدیل شده رادیمر-کرنل اقتباس شده‌اند (zerafati shoue, et al, 2007).

نامنی غذایی مادر؛ برای سنجش این شاخص از طریق ۶ سؤال در یک طیف سه گزینه‌ای (هیچ‌وقت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات) استفاده شده است. در این شاخص عدم کفایت دریافت غذایی را از نظر کیفی (مغذی‌ها)، عدم کفایت دریافت غذایی از نظر کمی و الگوی غذایی درهم ریخته سنجیده شده است. گویه‌ها از پرسشنامه‌های تعدیل شده رادیمر-کرنل اقتباس شده است (همان).

ناامنی غذایی کودک؛ این شاخص نشانگر عدم کفایت غذایی از نظر کیفی (مقدار مغذی‌ها)، عدم کفایت دریافت غذایی از نظر کمی و الگوی غذایی درهم ریخته است که از طریق ۶ سؤال در طیف سه گزینه‌ای (هیچوقت، گاهی اوقات، اکثر اوقات) سنجیده شده است. گویه‌ها از پرسشنامه تعدیل شده رادیمر- کرنل و پرسشنامه پروژه انجمن تشخیص گرسنگی کودکان^۱ اقتباس شده است.

شدت ناامنی غذایی؛ طبق مطالعات مکسول (۱۹۹۶) ناامنی غذایی در سه سطح خیلی شدید، شدید و تا حدی شدید طبقه‌بندی شده است. پاسخگویانی که به سؤال غذا نخوردن مادر در تمام روز جواب مثبت داده‌اند، در گروه ناامن خیلی شدید، کسانی که به گویه چند روز پشت سرهم یک نوع غذا خوردن جواب مثبت داده‌اند، در گروه ناامن شدید و کسانی که به گویه پول قرض گرفتن از اقوام یا دوستان برای غذا جواب مثبت داده‌اند، در گروه خفیف طبقه‌بندی شدند.

یافته‌های تحقیق

ناامنی غذایی

همان طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، ۹۸/۶ درصد خانوارها در نمونه مورد مطالعه، ناامنی غذایی را در سطح خانوار، ۹۷/۳ در سطح مادران و ۹۲/۱ در سطح کودکان تجربه کرده‌اند. با مقایسه ابعاد گوناگون ناامنی غذایی در میان خانوارهای ناامن، مشاهده می‌شود که ناامنی در سطح خانوار و مادر بیشتر از سطح کودک تجربه شده است (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع خانوارهای ناامن غذایی در ابعاد گوناگون آن در خانوارهای منطقه ۲۰ تهران

ابعاد ناامنی غذایی	فراوانی	درصد
خانوار	۲۹۲	۹۸/۶
مادر	۲۸۴	۹۷/۳
کودک	۲۲۲	۹۲/۱

ناامنی غذایی خانوار خود دارای سطوحی است که میزان شدت آن متفاوت است (جدول ۳). سطح ناامنی غذایی خانوار شامل نگرانی در مورد تأمین غذا در آینده و تقلیل کیفیت و کمیت غذای خانوار است. بر اساس جدول ۳، جزء روانی ناامنی غذایی که شامل نگرانی در مورد تأمین غذای خانوار می باشد در نمونه مورد بررسی بیشتر از ابعاد دیگر تجربه شده است. ۹۶/۳ درصد از خانوارهای مورد مطالعه در مورد تأمین غذای خود در آینده نگران بوده‌اند. ۸۸/۲ درصد برای مقابله با ناامنی غذایی کیفیت غذای خود را تقلیل داده‌اند و ۶۷/۲ درصد گرسنگی را تجربه کرده‌اند.

جدول ۳- توزیع شدت ناامنی غذایی در سطح خانوارهای منطقه ۲۰ تهران

شدت ناامنی غذایی	ابعاد ناامنی غذایی	فراوانی	درصد
کم	بعد روانی: نگرانی در مورد غذا	۲۸۵	۹۶/۳
	بعد کیفی: تغییر رژیم غذایی	۲۶۱	۸۸/۲
شدید	بعد کمی: تجربه گرسنگی	۱۹۷	۶۷/۲

عوامل اجتماعی-جمعیت شناختی پیش‌گویی کننده ناامنی غذایی:

نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک

به منظور بررسی چگونگی تأثیرگذاری متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (شدت ناامنی غذایی) و نیز به سبب اینکه این متغیر در سه طبقه رتبه بندی شده است، از روش رگرسیون لجستیک چند وجهی^۱ برای تحلیل چند متغیره داده‌ها استفاده شد. هدف، بررسی چگونگی تغییر احتمال شدت ناامنی غذایی بر اساس طبقات گوناگون هر یک از متغیرهای مستقل بود. متغیرهای وارد شده در این مدل عبارت بودند از: جنس، سن، وضع فعالیت و سطح تحصیلی سرپرست خانوار، بُعد خانوار، شبکه حمایت خانوادگی، وضعیت مهاجرت و وضعیت سلامت خانواده.

در تحلیل چند متغیره حاضر، بررسی تأثیرگذاری متغیرهای مستقل بر شدت ناامنی غذایی در دو بخش ارائه شده است. جدول‌های ۴ و ۵ کسرهای برتری^۲ به دست آمده از رگرسیون لجستیک را نشان می‌دهند. در جدول ۴، برای نشان دادن تأثیر هر کدام از متغیرهای مستقل به صورت جداگانه، در هر مرحله فقط یک متغیر وارد مدل شده است، در حالیکه در جدول ۵ متغیرهای مستقل به صورت همزمان وارد مدل شده‌اند.

به منظور بررسی تأثیر متغیر جنسیت سرپرست خانوار بر شدت ناامنی غذایی، این متغیر وارد مدل شد. همانطور که در جدول ۴ دیده می‌شود، رابطه جنسیت و شدت ناامنی غذایی فقط در سطح متوسط معنادار شده است. بدین معنی که زن بودن سرپرست احتمال قرار گرفتن خانوار را از ناامنی ضعیف به سطح شدید کاهش می‌دهد. رابطه سلامت و شدت ناامنی غذایی در هر سه سطح معنادار است. چنانچه نبود فرد بیمار در خانوار احتمال قرار گرفتن خانوار را از طبقه پایین ناامنی غذایی به طبقه شدید و همچنین به ناامنی غذایی خیلی شدید کاهش می‌دهد. در زمینه سطح سواد سرپرست، خانوارهایی که سرپرستان آنها بیسواد یا دارای تحصیلات ابتدایی هستند به

1 . Multinomial Logistic Regression

2 . Odds Ratio

احتمال بیشتری در گروه ناامنی غذایی خیلی شدید قرار می گیرند. بین سطوح ناامنی غذایی و گروههای سنی هیچ گونه ارتباط معناداری دیده نمی شود. وضع فعالیت سرپرست خانوار متغیر دیگری است که وارد مدل شده است: بیکار بودن سرپرست احتمال قرار گرفتن خانوار را از سطح ناامنی غذایی ضعیف به ناامنی خیلی شدید افزایش می دهد. متغیرهای وضعیت مهاجرت خانوار و شبکه حمایت خانوادگی با هیچ کدام از سطوح ناامنی غذایی رابطه معناداری ندارد. رابطه شدت ناامنی غذایی و بُعد خانوار در سطح ناامنی غذایی شدید معنادار شده است. قرار گرفتن در خانواده های ۵ نفره و بیشتر نسبت به خانوارهای ۴-۱ نفره احتمال قرار گرفتن خانوار را از ناامنی غذایی ضعیف به شدید افزایش می دهد.

جدول ۴- کسر برتری رگرسیون لجستیک ناامنی غذایی با هر یک از متغیرهای مستقل

95% Confidence Interval for Exp (B)					متغیرهای مستقل	متغیر وابسته (ناامنی غذایی)
Lower Bound	Upper Bound	Sig	(Exp(B)			
۰,۲۶۹	۰,۸۵	۰,۰۱۲	۰,۴۷۸	زن	جنس سرپرست	شدید
				مرد (مرجع)		خیلی شدید
۰,۴۵	۱,۴۷	۰,۴۹۴	۰,۸۱۳	زن	سلامت	
				مرد (مرجع)		
۰,۲۱۸	۰,۷۲۸	۰,۰۰۳	۰,۳۹۸	نبود فرد بیمار	سطح تحصیلی سرپرست	شدید
				وجود فرد بیمار (مرجع)		
۰,۱۳۹	۰,۴۸۵	۰	۰,۲۶	نبود فرد بیمار		
				وجود فرد بیمار (مرجع)	سطح تحصیلی سرپرست	شدید
۰,۷۶۳	۲,۴۱۱	۰,۳	۱,۳۵۶	بیسواد و ابتدایی راهنمایی و بالاتر (مرجع)		

۱,۲۹۱	۴,۲۷۱	۰,۰۰۵	۲,۳۴۸	بیسواد و ابتدایی		خیلی شدید
				راهنمایی و بالاتر (مرجع)		
۰,۳۳۱	۱,۲۹۴	۰,۲۲۳	۰,۶۵۴	۲۳-۴۰	سن سرپرست	شدید
۰,۴۱۲	۱,۷۰۲	۰,۶۲۵	۰,۸۳۸	۴۱-۵۳		
				۵۴+ (مرجع)		
۰,۳۷۲	۱,۵۴۱	۰,۴۴۲	۰,۷۵۷	۲۳-۴۰		
۰,۴۸	۲,۰۸۴	۱	۱	۴۱-۵۳		خیلی شدید
				۵۴		
۰,۴۹۷	۱,۵۶	۰,۶۳۳	۰,۸۸	بیکار	وضع فعالیت	شدید
				شاغل (مرجع)		
۱,۳۹۲	۵,۱۷۵	۰,۰۰۳	۲,۶۸۴	بیکار	سرپرست	خیلی شدید
				شاغل (مرجع)		
۰,۴۸۷	۱,۵۳۱	۰,۶۱۶	۰,۸۶۴	مهاجر	وضعیت مهاجرت	شدید
				بومی (مرجع)		
۰,۶۵۱	۲,۱۶۵	۰,۵۷۵	۱,۱۸۸	مهاجر		خیلی شدید
				بومی (مرجع)		
۰,۹۰۹	۲,۸۷۵	۰,۱۰۲	۱,۶۱۷	برخوردار از حمایت خانوادگی	شبکه حمایت خانوادگی	شدید
				عدم برخورداری از حمایت خانوادگی (مرجع)		
۰,۸۷۸	۲,۹۱۵	۰,۱۲۵	۱,۶	برخوردار از حمایت خانوادگی		خیلی شدید
				عدم برخورداری از حمایت خانوادگی (مرجع)		
۱,۴۰۲	۳,۳۷۵	۰,۰۳۶	۱,۸۷۵	۱-۴ نفر	بعد خانوار	شدید
				۵ نفر و بیشتر (مرجع)		
۰,۶۱۳	۱,۹۷۹	۰,۷۴۶	۱,۱۰۲	۱-۴ نفر		خیلی شدید
				۵ نفر و بیشتر		

جدول ۵ تأثیر همزمان متغیرهای مستقل را بر متغیر وابسته نشان می دهد. متغیرهای جنس سرپرست، سلامت، بُعد خانوار، سطح تحصیلی و وضع فعالیت سرپرست وارد مدل رگرسیونی شده است. همان طور که دیده می شود، جنس سرپرست و بُعد خانوار وقتی که در کنار متغیرهای دیگر قرار می گیرند، تأثیر خود را بر سطوح مختلف ناامنی غذایی از دست می دهند. وجود فرد بیمار در خانوار، سطح تحصیلی و وضع فعالیت سرپرست در جابجایی خانوار از سطح ضعیف ناامنی غذایی به سطح شدید آن تأثیر معنادار داشته اند. متغیرهای جنس سرپرست، سلامت و بُعد خانوار در افزایش ناامنی غذایی از سطح ضعیف به سطح خیلی شدید در خانوار مؤثر بوده است. در این مدل مرد سرپرست بودن، داشتن خانواده های ۴ نفره و کمتر و وجود فرد بیمار در خانوار، احتمال انتقال خانوار را از ناامنی غذایی ضعیف به خیلی شدید افزایش می دهد.

جدول ۵- کسر برتری رگرسیون لجستیک ناامنی غذایی با متغیرهای مستقل

متغیر وابسته (نامی غذایی)		متغیرهای مستقل		متغیر وابسته (نامی غذایی)	
Lower Bound	Upper Bound	Sig	Exp (B)	شدید	شدید
۹۵٪ دامنه اطمینان برای Exp(B)					
		۰,۱۰۵		مقدار ثابت	
۰,۸	۳,۶۱	۰,۱۶۷	۱,۷	جنس زن	سرپرست
,	,	,	,	مرد (مرجع)	
۰,۰۹۳	۰,۳۹۹	۰	۰,۱۹۲	نبود فرد بیمار	وضعیت
,	,	,	,	وجود فرد بیمار (مرجع)	سلامت
۱,۵۳۹	۵,۹۲۷	۰,۰۰۱	۳,۰۲	بیسواد و ابتدایی	سطح
,	,	,	,	راهنمایی و بالاتر (مرجع)	تحصیلی سرپرست

۱,۱۳۴	۴,۶۸۸	۰,۰۲۱	۲,۳۰۶	بیکار	وضع	
,	,	,	,	شاغل (مرجع)	فعالیت سرپرست	
۰,۷۱۴	۲,۸۹۱	۰,۳۰۹	۱,۴۳۷	۱-۴ نفر	بعد خانوار	
,	,	,	,	۵ نفر و بیشتر (مرجع)		
		۰,۲۷			مقدار ثابت	خیلی شدید
۰,۲۲۶	۰,۸۹	۰,۰۲۲	۰,۴۴۸	زن	جنس	
,	,	,	,	مرد (مرجع)	سرپرست	
۰,۲۰۶	۰,۸۰۶	۰,۰۰۱	۰,۴۰۷	نبود فرد بیمار	وضعیت سلامت	
,	,	,	,	وجود فرد بیمار (مرجع)		
۰,۸۸۳	۳,۲۱۳	۰,۱۱۴	۱,۶۸۴	بیسواد و ابتدایی	سطح تحصیلی	
,	,	,	,	راهنمایی و بالاتر (مرجع)	سرپرست	
۰,۳۱۸	۱,۱۰۷	۰,۱۰۱	۰,۵۹۴	بیکار	وضع	
,	,	,	,	شاغل (مرجع)	فعالیت سرپرست	
۱,۶۰۶	۶,۲۵۵	۰,۰۰۱	۳,۱۶۹	۱-۴ نفر	بعد خانوار	
,	,	,	,	۵ نفر و بیشتر (مرجع)		

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که درصد بالایی از خانوارهای مورد مطالعه، ناامنی غذایی را در سطوح مختلف آن تجربه کرده‌اند، هرچند شدت ناامنی غذایی در میان آنها متفاوت بوده است. فراوانی ناامنی غذایی در بعد "خانوار و بزرگسال (مادر)"

بیشتر از بعد "کودک" است. در بین عوامل مورد مطالعه، جنسیت سرپرست، وضعیت سلامت اعضای خانوار، وضع اشتغال و سطح تحصیلات سرپرست خانوار و بعد خانوار به عنوان مهمترین متغیرهای مؤثر بر شدت ناامنی غذایی شناخته شدند. درصد بالای خانوارهای ناامن غذایی با توجه به این واقعیت است که نمونه مورد بررسی از بین خانوارهای زیر پوشش کمیته امداد امام خمینی انتخاب شده و بنابراین به نوعی موید صحت شاخص‌های غربالگری کمیته امداد در انتخاب خانوارهای نیازمند پوشش کمکی است. در عین حال نشان می‌دهد که کمک‌های این کمیته خانوارهای نیازمند را از چرخه ناامنی غذایی خارج نکرده است. در مطالعه ظرافتی در منطقه ۲۰ تهران در سال ۱۳۸۲ نیز تنها ۱۶ درصد خانوارها از نظر غذایی، امن ارزیابی شده‌اند. این درصد در کشورهای توسعه یافته‌ای مانند آمریکا و کانادا حتی در میان فقیرترین اقشار، خیلی پایین است. در آمریکا، در میان خانواده‌های با درآمد پایین (کسانی که یارانه‌های غذایی دریافت می‌کنند)، حدود ۳۳ درصد ناامن غذایی بودند که در ۱۲/۳ درصد موارد همراه با تجربه گرسنگی بوده است (نورد^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). در مطالعه رامش و همکاران روی ۷۷۸ خانوار شهری شیراز که با استفاده از پرسشنامه ۱۸ گویه‌ای USDA انجام شد نیز شیوع ناامنی غذایی خانوار ۴۴ درصد برآورد شد (رامش و همکاران ۱۳۸۸).

براساس یافته‌های این پژوهش، شدت ناامنی غذایی در خانوارهای مورد بررسی در ابعاد مختلف آن نیز متفاوت است. شدت ناامنی غذایی در بعد "خانوار" و "بزرگسال (مادر)" بیشتر از بعد "کودک" بوده است. براساس شواهد موجود در مطالعات متعدد، معمولاً ناامنی غذایی "خانوار" در اولین مراحل ناامنی اتفاق می‌افتد و اگر خانوار بتواند از بدتر شدن اوضاع جلوگیری کند، ابعاد دیگر ناامنی غذایی (مادر و کودک) رخ نمی‌دهد. در صورتی که اوضاع بحرانی تداوم یابد، بزرگسالان خانوار (در اغلب موارد مادر) سعی می‌کنند که با از خودگذشتگی مانع از فشار به فرزندان و خردسالان خانوار

شوند. به همین جهت است که در بیشتر مطالعات، ناامنی غذایی کودکان کمتر از ناامنی بزرگسالان و خانوار گزارش شده است. این مشاهده در مطالعه ظرفیتی نیز گزارش شده است (ظرفیتی شعاع و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین همان‌طور که رادیمر و همکاران (۱۹۹۲) نیز بیان کرده‌اند، ناامنی غذایی یک فرآیند مدیریت شده است. وقتی که خانوار در معرض ناامنی غذایی قرار می‌گیرد، مادر (و دیگر بزرگسالان) خانوار با تقلیل کیفیت غذایی خانوار و کم کردن دریافت غذایی خود مانع از شدت یافتن ناامنی غذایی کودکان خانوار می‌شوند. در مراحل پیشرفته‌تر، گرسنگی به کودکان نیز سرایت می‌کند. در این مطالعه درصد بالایی از کودکان گرسنگی را تجربه کرده‌اند. هرچند که شدت ناامنی غذایی در میان اعضای خانوار یکسان نبوده است، اما از آنجا که شدت ناامنی هم در میان مادران و هم در میان کودکان بالاست، به نظر می‌رسد در قدم اول هنوز امنیت غذایی خانوار در اولویت است.

وجود فرد بیمار در خانوار به عنوان یکی از مهمترین متغیرهای افزایش دهنده شدت ناامنی غذایی در جامعه مورد مطالعه شناخته شد. تحمیل هزینه‌های پزشکی برای مراقبت از فرد بیمار در خانوارهایی که از لحاظ اقتصادی در وضعیت بی‌ثباتی قرار دارند، باعث می‌شود که خانوار ناچاراً از هزینه‌های دیگر از جمله هزینه‌های خوراکی خود بکاهد. کاهش هزینه‌های خوراکی، به دریافت کمتر غذا از لحاظ کیفی و کمی منجر می‌شود که می‌تواند سلامتی افراد خانوار را در معرض خطر قرار دهد و در چرخه‌ای باطل از ناامنی غذایی، فقر را در این خانوارها تداوم و شدت بخشد. بنابراین در آن دسته از خانوارهایی که سرپرست یا عضوی از خانواده، معلول یا بیمار است به احتمال بیشتر ناامنی غذایی در سطح شدیدتری تجربه خواهد شد. به همین دلیل توجه ویژه به این خانوارها به عنوان خانوارهایی که در وضعیت بحرانی قرار دارند، باید در اولویت برنامه‌های حمایتی قرار گیرد. ایجاد تسهیلات پزشکی و دارویی یا به عبارتی پوشش کامل‌تر بیمه‌های درمانی در کنار برنامه‌های کمک غذایی برای این گروه یک ضرورت محسوب می‌شود.

بعد خانوار نیز از جمله متغیرهایی است که بر شدت ناامنی غذایی در این مطالعه مؤثر بوده است، بطوری که خانوارهای پرجمعیت (۵ نفره و بیشتر) به احتمال کمتری در سطح ناامنی غذایی خیلی شدید قرار می‌گیرند. این در حالی است که در بیشتر مطالعات با افزایش بعد خانوار احتمال قرار گرفتن خانوار در گروه ناامن غذایی افزایش یافته است (شریف و لین، ۲۰۰۴؛ اولسون و همکاران، ۱۹۹۶). نتایج تحلیل‌های چند متغیره در جامعه آمریکا نشان می‌دهد که ناامنی غذایی با تحصیلات پایین‌تر و سن بالاتر سرپرست خانوار، نژادهای خاص، بعد خانوار بیشتر و تک سرپرست بودن همبستگی دارد و این امر به بالاتر بودن هزینه‌ها در خانوارهای پرجمعیت‌تر و کمتر بودن درآمد در خانوارهای تک سرپرست و با سرپرست مسن‌تر یا از اقلیت نژادی نسبت داده شده است. (Rose, 1999). این ناهماهنگی در یافته‌ها ممکن است به دلیل این باشد که مطالعات یاد شده احتمال قرار گرفتن خانوار را در گروه امن یا ناامن غذایی سنجیده‌اند اما مستقیماً به تأثیر این عامل بر شدت ناامنی غذایی نپرداخته‌اند.

خانوارهایی که دارای سرمایه اجتماعی بیشتری هستند کمتر در معرض تجربه گرسنگی قرار می‌گیرند (مارتین^۱ و همکاران، ۲۰۰۴)، از جمله سواد سرپرست خانوار با شدت ناامنی غذایی مرتبط است. سطح سواد پایین سرپرست خانوار عاملی است که خانوار را از سطح ناامنی غذایی ضعیف به سطح ناامنی شدید نزول می‌دهد. در بیشتر مطالعات، سطح سواد در کنار عواملی چون کاهش فقر و نابرابری‌های اجتماعی به عنوان یک عامل کلیدی در کاهش ناامنی غذایی مورد توجه قرار گرفته است، به نحوی که با افزایش سواد مادر و پدر و جایگاه شغلی سرپرست، الگوی مصرف خانوار ارتقاء می‌یابد (قاسمی و همکاران، ۱۳۷۵). در این مطالعه وضعیت اشتغال سرپرست خانوار در کنار سایر متغیرها به عنوان عاملی تأثیرگذار شناخته شده و بیکاری سرپرست خانوار عاملی بوده که احتمال جابجایی خانوار از سطح ناامنی غذایی ضعیف به شدید را افزایش داده است. در مطالعه دستگیری و همکاران در منطقه اسدابادی تبریز نیز با

1. Martin

افزایش بُعد خانوار، ناامنی غذایی در افراد مورد مطالعه افزایش و با افزایش درآمد سرانه سالانه، جایگاه شغلی و میزان تحصیلات سرپرست خانوار، ناامنی غذایی کاهش یافته است. (دستگیری و همکاران، ۱۳۸۵). نتایج مطالعه رامش و همکاران در شهر شیراز نیز نشان داد که ناامنی غذایی خانوار با طبقه پایین اقتصادی اجتماعی و داشتن کودک زیر ۱۸ سال ارتباط آماری معنی دار دارد (رامش و همکاران ۱۳۸۸).

جنسیت سرپرست عامل دیگری است که بر سطح ناامنی غذایی خانوار مؤثر است. بر خلاف انتظار، مرد سرپرست بودن خانوار احتمال قرار گرفتن خانوار در سطح ناامنی غذایی خیلی شدید را افزایش می‌دهد. از آنجا که جامعه مورد مطالعه را خانواده‌های زیر پوشش یک سازمان حمایتی تشکیل می‌دهد، حضور مرد در خانوار، مردی که به هر علتی موفق به تأمین مالی خانواده خود نیست، شاید خانواده را از دریافت کمک‌های اطرافیان یا تلاش دیگر اعضای خانواده برای تغییر موقعیت خانوار محروم کند. این خانوارها به مراتب وضعیت بحرانی تری را نسبت به خانوارهایی که سرپرست مرد در آن حضور ندارد تجربه می‌کنند. هرچند که معمولاً این خانوارها صرفاً به دلیل حضور پدر کمتر مورد توجه هستند، اما باید در اولویت برنامه‌های حمایتی قرار بگیرند. در عین حال مطالعات نشان داده است که زنان تأثیر مهمی بر تأمین امنیت غذایی در کشورهای در حال توسعه داشته‌اند و به طور گسترده‌ای در رفاه انسانی این کشورها نقش دارند، بنابراین باید در برنامه‌ریزی‌ها و سیاستگذاری‌های مربوط به امنیت غذایی در نظر گرفته شوند.

مشکل گرسنگی و سوء تغذیه بدون برطرف کردن موانعی مانند: فقر، نابرابری‌های اجتماعی و کم سواد برطرف نخواهد شد. گرسنگی و عدم دریافت غذای مناسب خانوار را در چرخه باطل فقر نگه می‌دارد. ناامنی غذایی توانایی تلاش و کوشش برای بهبود زندگی و رهایی از فقر را در میان خانوارهای محروم از بین می‌برد و باعث می‌شود که افراد از نظر سلامتی در وضعیت نامناسبی قرار بگیرند. تحمیل هزینه‌های پزشکی بر این خانوارها باعث وخیم تر شدن مشکلات اقتصادی آنها و نتیجتاً بدتر

شدن وضعیت تغذیه شان خواهد شد که این مسأله به نوبه خود باعث کاهش توسعه اقتصادی، اجتماعی و انسانی کشور در سطح کلان خواهد گردید.

منابع

- تقوی، مهدی؛ سید احمد غروی نخجوانی. (۱۳۷۹)، روند فقر در ایران طی دو دهه گذشته، **مجموعه مقالات فقر در ایران**، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- دستگیری، سعید و همکاران. (۱۳۸۵)، عوامل مؤثر بر ناامنی غذایی: یک مطالعه مقطعی در شهر تبریز سال ۸۴-۱۳۸۳. **مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز**: دوره ششم، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۵.
- رامش، طاهره و همکاران. (۱۳۸۸). شیوع ناامنی غذایی در خانوارهای شهری شیراز و عوامل اجتماعی- اقتصادی مرتبط با آن. **مجله تغذیه و صنایع غذایی ایران**، زمستان ۱۳۸۸، سال چهارم، صفحات ۵۳-۶۴.
- ظرافتی شجاع، ناهید. (۱۳۸۲). سنجش اعتبار پرسشنامه تعدیل شده رادیمر کرنل در ارزیابی امنیت غذایی خانوارهای شهری منطقه ۲۰ شهر تهران، **پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تغذیه**، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی.
- غروی نخجوانی، سید احمد. (۱۳۸۴). فقر در خانوارهای ایرانی (با نگاهی به نتایج طرح هزینه و درآمد خانوار در ایران)، **فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی**، سال چهارم، شماره ۱۷.
- قاسمی، حسین و دیگران. (۱۳۷۵). **امنیت غذایی خانوار در استان تهران (گزارش نهایی طرح پژوهشی)**، انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور، تهران.
- **کمیته امداد امام خمینی**. (۱۳۸۲). گزارش آماری کمیته امداد امام خمینی.

- کیمیاگر، مسعود و مرجان باژن. (۱۳۸۴). فقر و سوء تغذیه در ایران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۸.

- نوروزی، فرح‌آرا. (۱۳۷۳). تولید و عرضه غذا در ایران، فصلنامه اقتصاد کشاورزی و توسعه، سال دوم، ویژه نامه امنیت غذایی، شماره ۳.

- Campbell, C. C. (1991). *Food Insecurity: A Nutritional Outcome or a Predictor Variable?*, Division of Nutritional Sciences, Cornell University, Ithaca, NY.

-Engle, P. L. Menon, p. and Haddad, L. (1999). *Care and Nutrition: Concepts and Measurement*. World Development Vol. 27, No. 8.

-FAO/WHO (1983) *World food security: A reappraisal of the concepts and approaches*, Director Generals Report, Rome.

-Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2006). *The State of Food Insecurity in the World 2006*, Viale delle Terme di Caracalla, 00153 Rome, Italy

-Holben, David H. (2002). "An Overview of Food Security and Its Measurement" Nutrition Today, Volume 37, No 4, July/August.

-Martin, K. S., and et al. (2004). *Social capital is associated with decreased risk of hunger*. Social Science & Medicine, 58.

-Nord, M and et al. (2005). "Household Food Security in the United States, 2004", Economic Research Report/USDA, Number 11.

-Olson, C. M. (1999). *Nutrition and Health Outcomes with Food Insecurity and Hunger*. J.Nutr.

-Olson, C. M. and et al. (1996). *Factors Contributing to Household Food Insecurity in a Rural Upstate New York County*. Institute for Research on Poverty, Discussion.

-Rose, Donald. (1999). Economic determinants and dietary consequences of food insecurity in the United States. J. Nutr. 129.

- Radimer, k. L., and et al. (1992). *Understanding Hunger and Developing Indicators to Assess It in Women and Children*. JNE 24.
- Rainville B. and Brink S. (2001). *Food Security in Canada, 1998-1999*. Applied Research Branch of Strategic Policy, R-01-2E.
- Scanlan, J. S. (2004). *Women, Food Security and Development in Less-Industrialized Societies: Contributions and Challenges for the New Century*. World Development, Vol. 32, No. 11.
- United Nations. (1975). “*Report of the world food Conference*”, (Rom Nov. 14, 1974) New York.
- Wolf, W. S. and E. A. Frongillo. (2001). *Building Household Food-Security Measurement tools from the Ground up*. Food and Nutrition Bulletin, 22 (1).
- World Bank. (1986). *Poverty and Hunger: Issues and Options for Food Security in Developing Countries*. World Bank Policy Study, Washington D.C.
- Zerafati shoaee, Nahid and et al. (2007). “*Is the adapted Radimer/ Cornell Questionnaire valid to measure food insecurity of urban households in Tehran, Iran?*” Public Health Nutrition: 10 (8).