

بررسی مشکلات تغذیه از دیدگاه بین‌المللی و سیاستگذاری دولتها

حسین آگهی*



مقدمه

به‌رغم اضافه تولید مواد غذایی در سطح جهانی، وضعیت تغذیه انسانها با مشکل جدی مواجه است. اگرچه کشورهای عمده تولید کننده مواد غذایی قادر به تأمین حداقل نیاز جمعیت جهان می‌باشند، لیکن مطالعه اخیر بین‌المللی تحقیقات سیاستگذاری مواد غذایی در گزارش سال ۱۹۸۲ خود اشاره می‌کند که، کشورهای در حال توسعه تا پایان قرن بیستم دچار کمبود مواد غذایی شدیدی، اعم از محصولات زراعی و یا دامی خواهند بود. تجزیه و تحلیل وضعیت تغذیه ۱۰۵ کشور در حال توسعه، از جمله جمهوری خلق چین در دو دهه گذشته نشان می‌دهد که کشور چین با ۲/۶ درصد رشد در بخش تولیدات کشاورزی توانسته است فقط با یک دهم درصد اضافه تولید از رشد جمعیت ۲/۵ درصدی خود پیشی بگیرد. با افزایش تقاضا برای مواد غذایی به سبب افزایش درآمد و تقاضای بیشتر برای محصولات دامی، پیشبینی می‌شود که کشورهای در

* استادیار گروه ترویج و آموزش کشاورزی دانشکده کشاورزی دانشگاه رازی.

حال توسعه به غیر از کشور چین تا سال ۲۰۰۰ میلادی در حدود ۸۰ میلیون تن کمبود مواد غذایی داشته باشند. کمبود ذکر شده در حدود سه برابر سال ۱۹۷۷ است. (۱)

این رقم برای کشورهای خاورمیانه و آفریقا که کمبود مواد غذایی بیشتری دارند، تا پایان قرن اخیر در حدود ۹۰ میلیون تن تخمین زده می‌شود. البته این پیشبینیها بر اساس فرضیاتی چند پایه گذاری شده‌اند، که عبارت است از: رشد جمعیت، افزایش درآمد و تولید مواد غذایی، کمبود مواد غذایی ممکن است در سالهای مختلف با توجه به شرایط جوی متغیر باشد، در ضمن ثبات سیاسی، جنگ و دیگر متغیرهای غیر قابل پیشبینی نیز در این معادله مؤثر است. در این مقاله سعی شده به بررسی اجمالی عوامل مؤثر بر سوء تغذیه، مشکلات تأمین مواد غذایی، رابطه تغذیه و توسعه ملی، و بالاخره سیاستگذاری دولتها در امر تغذیه پرداخته شود.

رشد جمعیت و تأمین مواد غذایی

آمارهای اخیر سازمان خواروبار جهانی FAO، رشد متوسط سالانه جمعیت جهان را ۱/۷ درصد در نظر گرفته، که با توجه به این رقم، در سال ۲۰۰۰ جمعیت جهان از مرز ۶/۲ میلیارد نفر خواهد گذشت و در چنین وضعیتی حدود ۶۰۰ میلیون نفر در گرسنگی مطلق به سر خواهند برد.

جمعیت ایران دارای رشد بالایی است. رشد جمعیت در ایران ۳/۸ درصد بوده که با اقدامات انجام شده، روند این رشد به ۱/۷ و حتی کمتر تقلیل یافته، لیکن کشور ما هنوز دارای نرخ بالایی از رشد جمعیت در جهان است. براساس آمار سال ۱۳۶۵ کشور ما یکی از جوانترین کشورهای دنیاست و بایستی در برنامه توسعه خود، تأمین غذا، آموزش، مدرسه، دانشگاه، خانه و کار و مشاغل فنی و حرفه‌ای و تخصصی و سایر نیازهای یک جامعه در حال توسعه را مد نظر قرار دهد. (۹) اکثر دانشمندان اعتقاد دارند، در صورتی که توزیع غذا در جهان به طور عادلانه صورت پذیرد، غذای کافی برای تغذیه جمعیت فعلی وجود دارد. اگرچه مشکلات تأمین غذا برای میلیونها نفر گرسنه در جهان هنوز حل نشده است و توضیح این موضوع از طریق آمار و ارقام شاید نگرشی انتزاعی یا مشکل باشد، لیکن برای روشن شدن موضوع، مفید به نظر می‌رسد. تخمین زده می‌شود که از هر ۶ نفر در جهان یک نفر دارای تغذیه ناکافی است. اکثر این افراد در

کشورهای در حال توسعه‌ای که تولیدات کشاورزی ناکافی دارند، زندگی می‌کنند. جمعیت در این کشورها، که عامل اصلی تقاضا برای خوراک بیشتر است با رشدی بیش از رشد تولیدات کشاورزی افزایش می‌یابد. این جمعیت ۷۰ درصد جمعیت فعلی جهان را تشکیل می‌دهد. (۲)

موضوع ترویج و آموزش کشاورزی و انتقال تکنولوژی به بهره‌برداران در این کشورها از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. در بین کشورهای در حال توسعه رکورد محصولات اصلی کشاورزی دارای تفاوت چشمگیری است. این موضوع نشانگر نیاز به آموزش در بخش کشاورزی است.

اطلاعات کتاب سال ۱۹۸۱ سازمان خواروبار و کشاورزی جهانی نشان می‌دهد که رکورد محصول برنج در هر هکتار در کشورهای هند، بنگلادش و تایلند در حدود نصف تا یک سوم محصول در واحد سطح در کشورهایایی مثل ژاپن و ایالات متحد آمریکا بوده که زمینهای زراعی آنها به طور تقریب از نظر نوع و جنس خاک یکسان است. از طرف دیگر در کره جنوبی که بالاترین رکورد تولید محصول برنج را دارد، تفاوتی در وضعیت زمینهای کشاورزی نسبت به کشورهای در حال توسعه که میزان تولید برنج آنها خیلی پایینتر است، مشاهده نمی‌شود. در کشورهای عمده تولیدکننده گندم در جهان، از جمله فرانسه، انگلستان و مکزیک، عملکرد محصول گندم در واحد سطح به میزان ۲ تا ۳ برابر کشورهای در حال توسعه‌ای است که کشت اصلی آنها گندم است.

با استفاده از علم ژنتیک و اصلاح نباتات، تکنولوژی جدید کشاورزی و کمکهای تخصصی تحقیقات کشاورزی، افراد بی‌شماری از خطرات ناشی از گرسنگی نجات یافته‌اند. دانشمندان علم زراعت و اصلاح نباتات، خاکشناسی و غیره که در موقعیتهای باارزش قبلی، برای تولید بیشتر محصولات کشاورزی سهم بوده‌اند باید به این مناسبت نسبت به خود احساس غرور کنند. کار بر روی ذرت پرمحصول (*Zea mays, L.*)، گندم پاکوتاه (*Triticum aestivum. L.*) و یا واریته پرمحصول برنج (*oryza sativa*) از موفقیت‌های این دانشمندان برای رد تئوری مالتوس بوده است.

بیشتر کشورهای در حال توسعه که میزان محصول در هکتار آنها بسیار پایین بوده، با

استفاده از واریته‌های پرمحصول و طرحهای محوری افزایش محصول، به افزایش تولید فوق‌العاده بالایی دست یافته‌اند. انقلاب سبز یا "green revolution" با ارائه نهاده‌های گرانتیمنت توانست در دهه ۱۹۵۰ کمک بزرگی به افزایش محصول بخصوص در کشور هندوستان نماید. لیکن موفقیت انقلاب سبز تنها برای کشاورزان بود که قدرت خرید و توانایی استفاده از نهاده‌های پرمحصول را داشته‌اند، و کشاورزانی فقیر که بخش عمده‌ای از جمعیت را تشکیل می‌دهند به علت ناتوانی مالی نتوانسته‌اند از تکنولوژی جدید کمترین بهره‌ای ببرند.

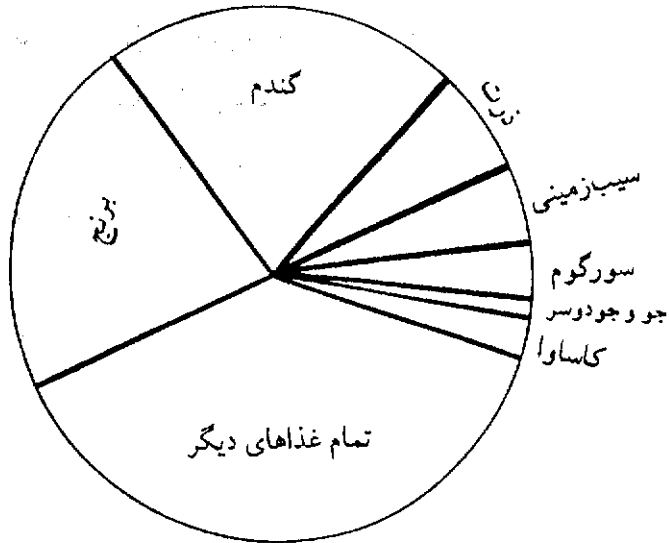
تولیدات گیاهی بیش از ۹۰ درصد غذای انسان را تشکیل می‌دهد و بقیه این تولیدات به طور غیر مستقیم و جهت تولید محصولات دامی مصرف می‌شود. کمتر از ۳۰ گونه گیاهی اکثر تولیدات غذایی انسان را تشکیل می‌دهد، و فقط هفت گونه گیاهی شامل گندم، برنج، ذرت، سیب‌زمینی، جو و جودوسر، کاساوا (گیاهی استوایی است که ریشه آن سرشار از نشاسته است)، و سورگوم و ذرت خوشه‌ای بیش از نصف کالری غذای جهان را تشکیل می‌دهد (نمودار شماره ۱). (۳)

اصلاح نباتات یکی از مهمترین عوامل افزایش محصولات شناخته شده است. هیچ شکل دیگری از تکنولوژی نمی‌تواند به ارزانی و کارایی این فرایند، کیفیتی را که در یک دانه بذر اصلاح شده، نهفته است به آسانی در اختیار کشاورزان قرار دهد. تولید بذر هیبرید ذرت، شاید بهترین مثال از این نوع تکنولوژی در ایالات متحد باشد. «کاردول» Card well در سال ۱۹۸۲ متوجه شد که ۵۸ درصد افزایش محصول ذرت در ایالت مینه سوتا بین سالهای ۱۹۳۰ و ۱۹۷۹ به دلیل استفاده از واریته‌های پرمحصول بوده است. (۵)

عوامل مؤثر در سوء تغذیه

بزرگترین خطر برای انسان، شاید بعد از بمبهای اتمی، خطر گرسنگی و سوء تغذیه باشد. با مشکلات جنگهای هسته‌ای و خطر کمبود مواد غذایی می‌توان مقابله کرد.

در کنفرانس غذای جهانی سال ۱۹۷۴ در رم، آمار مربوط به گرسنگی در جهان رقمی در حدود ۵۰۰ میلیون نفر اعلام شد. بدون شک به علت افزایش جمعیت جهان به تعداد این گرسنگان نیز افزوده شده است.



فردار شماره ۱. منابع غذایی مورد استفاده مردم جهان. بیش از ۵۰ درصد تولیدات غذایی مربوط به ۷ وارسته غلات است که بیش از ۴۰ درصد آن از گندم و برنج می‌باشد.

اعداد و ارقام دقیق درباره گرسنگی و سوء تغذیه در جهان در دست نیست، حتی به دست آوردن تخمینهای خوب در این زمینه مشکل است، زیرا بر سر تعریف جامعی از گرسنگی و یا سوء تغذیه در کشورهای مختلف اتفاق نظر به دست نیامده است. در ضمن اطلاعات ما از وضعیت تغذیه در کشورهای غنی و فقیر جهان بسیار ناچیز است. در جدول شماره ۱ که توسط سازمان بهداشت جهانی* (WHO) تهیه گردیده سعی شده بعضی از مهمترین عوامل سوء تغذیه در جهان معرفی شود. این ارقام باید با احتیاط بررسی شود زیرا بر اساس اطلاعات موجود ولی ناکافی و به احتمال با حدس و گمان و استنباط از آمار موجود ارائه شده است.

* World Health Organization.

جدول شماره ۱. تخمین مقدار کل افراد در جهان که بر اثر کمبود چهار عامل، دچار سوء تغذیه قابل پیشگیری هستند.

عامل کمبود	بیماری عارض شده بر اثر سوء تغذیه	تعداد افراد مبتلا به بیماری	سن (برحسب سال)	تعداد مرگ و میر در سال
پروتئین و انرژی	رشد ناقص	۵۰۰ میلیون	بدو تولد ۶-۷	۱۰ میلیون
آهن	لاغری، ضعف، بیحسی کمخونی	۳۵۰ میلیون	۱-۲ سال زنان ۱۸-۲۵ سال	
ویتامین A	کوری	۶ میلیون	تمام سنین	۲۵۰۰۰۰
ید	گواتر	۱۵۰ میلیون	تمام سنین	
	رشد غیر عادی غده تیروئید	۶ میلیون	تمام سنین	

همان طور که ملاحظه می شود بالاترین تعداد مرگ و میر کمبود پروتئین و انرژی است و همین کمبود ۵۰۰ میلیون انسان را مبتلا به بیماری رشد ناقص کرده است. دومین عامل مهم کمبود آهن است که ۳۵۰ میلیون انسان را مبتلا به کم خونی کرده است. دو مورد دیگر از مهمترین عوامل سوء تغذیه در کشورهای در حال توسعه کمبود ویتامین A است که باعث بیماری اگزوفتالمی و کوری می شود و دیگری کمبود ید است که بیماری گواتر و رشد غیر عادی این غدد را در افراد مبتلا به وجود می آورد.

رابطه تغذیه و توسعه ملی

اکثر کشورهای آسیا، آفریقا، آمریکای و کاراییب مشکلات عمده سوء تغذیه را در بخشهای معینی از جمعیت خود دارند. برخی از این مشکلات بر اثر عوامل متعددی به وجود می آید، از جمله بالا رفتن قیمت کالاهای ساخته شده کشورهای صنعتی و پایین آمدن قیمت محصولات کشاورزی صادراتی این کشورها در مقایسه با قیمت بالای کالاهای وارداتی، شرایط

جوی نامناسب، پایین آمدن عملکرد در واحد سطح در بعضی از سالها، کمبود ارز برای خرید مواد غذایی، و ناتوانی از پرداخت وامهای دریافت شده از منابع خارجی؛ کم توجهی به توسعه بخش کشاورزی و توزیع نامناسب غذا و مشکلات متعدد سیاسی.

افزایش تولید محصولات زراعی و کنترل رشد جمعیت برای بیشتر کشورهای در حال توسعه اهمیت بسزایی دارد. اما به طور کلی در جهان امروز کمبود مواد غذایی و افزایش جمعیت علت اصلی گرسنگی و سوء تغذیه نیست. تولید غذای جهانی امروز، توانایی تغذیه ساکنان آن را دارد و بدون شک می تواند به خوبی غذای ۶ میلیارد نفر را در سال ۲۰۰۰ میلادی تأمین کند. امروزه کمبود مواد غذایی در جهان وجود ندارد، بلکه عدم توزیع مناسب غذا و در دسترس نبودن آن برای کسانی که نیازمندند مشکل اصلی است. اگرچه علل اصلی سوء تغذیه و گرسنگی، ناکافی بودن تولید مواد غذایی و یا رشد بالای جمعیت نیست، به هر حال باید بیشتر کشورها نسبت به بهبود افزایش تولید محصولات کشاورزی و ایجاد تعادل بین میزان تولد و مرگ و میر اقدام کنند. در کشورهای در حال توسعه میلیونها نفر با مشکل پیچیده سوء تغذیه و یا تغذیه ناکافی مواجهند. منظور از تغذیه ناکافی این است که غذای مورد استفاده عاری از کالری و مواد غذایی کافی برای رشد کامل و سلامتی باشد، اما هیچ گونه نشانه ظاهری و کلینیکی نیز برای تشخیص آن مشاهده نمی شود. از طرف دیگر سوء تغذیه، به مصرف مواد غذایی ناکافی اطلاق می شود که با علائم کلینیکی و بیوشیمیایی و یا شواهد دیگر همراه باشد. افراد فقیر، گرسنه و دارای سوء تغذیه قادر به زندگی طبیعی نیستند، آنها نمی توانند به درجه کمال انسانی برسند و اضافه بر آن قادر به مشارکت در توسعه کشور خود نیستند. تعداد افراد فقیر و مبتلا به سوء تغذیه در بیشتر کشورها در حال افزایش است. بخشی از این مشکل به علت عدم تعادل بین سرعت رشد جمعیت و تأمین خدمات، و کالاهای مورد نیاز برای رهایی از فقر و سوء تغذیه است. همچنین به روشنی می توان ادعا کرد که رشد ناخالص ملی (GNP) و یا تولید محصولات صنعتی نمی تواند نشانگر توسعه و بالا رفتن کیفیت زندگی اکثر مردم عادی باشد. در اغلب کشورها فاصله طبقاتی بین ثروتمند و فقیر در حال افزایش است.

سوء تغذیه و عفونتهای معمولی دو عامل اصلی خطرناک برای سلامت بیشتر مردم جهان

است که در فقر زندگی می‌کنند.

چنین عواملی بخصوص کودکان زیر ۵ سال را تهدید می‌کند. اکثر کودکان مبتلا به عوارض سوء تغذیه و عفونتهای داخلی، از بین می‌روند. در نتیجه والدینی که فرزند خود را از دست می‌دهند، به علت نیاز شدید به نیروی کار در خانواده و شانس کمتر زنده ماندن کودکان، به طور معمول خانواده‌های پرجمعیت‌تری دارند.

جدول شماره ۲. درصد مرگ و میر کودکان در چند کشور در سال ۱۹۷۰

نام کشور	درصد مرگ و میر در هر گروه سنی در سال		درصد کودکانی که قبل از رسیدن به ۵ سالگی می‌میرند (۳)	گروههای سنی که درصد مرگ و میر آنها برابر ستون (۳) است	
	کمتر از ۱ سال (۱)	۱ تا ۴ سال (۲)		تایوان (۴)	ایالات متحده (۵)
	هندوستان	۱۳/۹		۴/۴	۲۸/۱
پاکستان	۱۴/۲	۵/۳۰	۳۱/-	۶۳	۶۶
مصر	۱۱/۷	۳/۹۳	۲۴/۸	۶۰	۶۱
گینه	۲۱/۶	۵/۲۰	۳۶/۷	۶۵	۶۸
کامرون	۱۳/۷	۳/۹۳	۲۶/۵	۶۱	۶۲
گواتمالا	۸/۹	۲/۷۵	۱۸/۵	۵۵	۵۷
تایوان	۲/۰	۰/۴۳	۳/۶	۵	۲۰
زاین	۱/۵	۰/۱۴	۱/۹	۱	۱
ایالات متحد	۲/۱	۰/۱۵	۲/۵	۲	۵
سوئد	۱/۳	۰/۰۷	۱/۷	۱	۱

منابع مورد استفاده سازمان ملل ۱۹۶۴، ۱۹۶۸، ۱۹۷۰، ۱۹۷۱ و سازمان آمار جمعیت ۱۹۷۰.

جدول شماره ۳. علل مرگ و میر کودکان در چند کشور جهان در سال ۱۹۶۷ که به طور معمول بر اثر سوء تغذیه گزارش شده است

درصد مرگ و میر کودکان به علت :

نامی پنج عامل	سیاه سرفه			برشیت			سرخک			ذات‌الریه و آنفلونزا			رودهای و معدنای		
	زیر ۴-۱	زیر ۵-سال	یکسال سال	زیر ۴-۱	زیر ۵-سال	یکسال سال	زیر ۴-۱	زیر ۵-سال	یکسال سال	زیر ۴-۱	زیر ۵-سال	یکسال سال	زیر ۴-۱	زیر ۵-سال	یکسال سال
شیل	۴۴/۸	۵۲/۳	۴۳/۳	*	*	*	۳/۵	۱۱/۶	۲/۳	۲۱/۸	۳۰/۳	۲۶/۲	۱۴/۵	۱۱/۴	۱۴/۹
کلیپا	۴۵/۷	۵۲/۹	۴۱/۱	۰	۰	۰	۹/۹	۹/۷	۱۰/۱	۲/۳	۴/۷	۵/۹	۱-۰/۹	۱۲/۱	۱۰/۲
اکوادور	۵۱/۸	۵۶/۸	۴۸/۸	۹/۴	۱۱/۱	۸/۴	۱۵/۵	۱۳/۵	۱۶/۷	۴/-	۷/۸	۱/۷	۷/۹	۸/۶	۷/۵
گواتمالا	۵۱/۲	۶۱/۷	۴۰/۷	۸/۶	۱۰/۴	۶/۸	*	*	*	۶/۱	۹/۵	۲/۷	۱۹/۵	۲۱/-	۱۸/-
مکزیک	۴۹/۱	۵۶	۴۵/۷	۲/۶	۵/۳	۱/۳	۵/۱	۳/۸	۵/۶	۲/۸	۶/۹	۵/۹	۲-۰/۱	۲۰/۸	۱۸/۵
نیکاراگوا	۳۲/۹	۳۲/۹	۳۲/۹	۲/۱	۳/۸	۱/۳	*	*	*	۱/۴	۳/۳	۵/۶	۵/۹	۶/۴	۵/۶
برو	۵-۵/۵	۵۲/۴	۴۸/۵	۸/۴	۱۰/۳	۷/۴	۹/۲	۸/۴	۹/۶	*	*	*	*	*	*
مصر	۷۶/۴	۸۸/۱	۶۷/۲	*	*	*	۱۳/۹	۱۷/۹	۱۰/۷	۱/۷	۳	۵/۶	۳/۷	۵	۲/۸
آنگولا	۲۲	۳۵	۲۹/۸	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۹/۸	۱۱/۸	۸/۳
نیجریه	۲۸/۳	۲۲/۱	۳۹/۶	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۱۵/۹	۱۱/۶	۲۳/۸
موریتانی	۴۵/۵	۵۶/۴	۴۰/۸	*	*	*	۴/۵	۵/۶	۴/-	*	*	*	۵/۴	۵/۹	۵/۳
فیلیپین	۴۱/۸	۶۴/۱	۳۳/۶	۵/۱	۵/۱	۸/۷	۱۱/۴	۶/۹	۲/۳	۲/۳	۴/۲	۱/-	۲۴/۸	۳۳/۱	۱۷/۶
میانمار	۴۶/۳	۵۲/۸	۴۲/۷	۷/۶	۳/۴	۲/۱	۵/۶	۵/۹	۵/۳	۲/۴	۲/۶	۱/۳	۱۴/۳	۱۵/۷	۱۳/۸
تایلند	۱۵/۲	۱۸/۵	۱۴/۴	*	*	*	۵/۹	۱/۳	۰/۸	۱/۳	۰/۸	۱/۲	۵/۳	۹/۷	۱۱/۲
ایالات متحده	۹/۱	۱۲/۹	۸/۵	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۷/۷	۱-۰/۷	۷/۲
کانادا	۹/۹	۱۲/۴	۹/۵	*	*	*	۵/۱	۵/۸	*	*	*	*	۸/۴	۹/۴	۸/۲
سریلانکا	۴/۷	۱۲/-	۳/۶	*	*	*	*	*	*	۱/۱	۳/۲	۵/۸	۲/۹	۷/۶	۳/۲

* کمتر از پنج صدم درصد
منابع : سازمان ملل ۱۹۶۸ جدول ۲۵- سازمان بهداشت جهانی (ژوئیه ۱۹۷۰) جدول ۱، ۲، ۴، ۱، ۵

آمار ارائه شده در مورد نیجریه مربوط به سال ۱۹۶۳، مصر، سال ۱۹۶۴، گواتمالا و نیکاراگوئه، سال ۱۹۶۶، و کانادا، سال ۱۹۶۸ است.

کودکان بالای ۵ سال که از بیماریهای یاد شده جان سالم به در برده‌اند، اغلب از نظر فیزیکی، روانشناسی و یا توسعه رفتاری عقب مانده بوده‌اند به طوری که به احتمال نواقص دیگری نیز داشته‌اند که باعث کوتاهی عمر آنان و یا ضعف آنان در مشارکت برای توسعه کشورشان می‌شود.

چالش عمده برای کارکنان بهداشت، اقتصاددانان توسعه، دولتها و سازمانهای بین‌المللی این است که چگونه بیماریهای عارض شده، و مرگ و میر را به بهترین وجهی کاهش دهند. جواب این سؤال داشتن بیمارستانهای مدرن در پایتخت و یا مراکز استانهای کشورهای در حال توسعه نیست، و یا اینکه بستگی به وجود کارخانه‌های غذاهای کمکی و گرانقیمت ندارد. به پزشکان با درجه فوق تخصص و یا تکنولوژی غذایی پیشرفته نیز نیاز نیست. بلکه مسئله اصلی تصمیمگیری درباره معنی واقعی توسعه است. در گذشته میزان توسعه یافتگی کشورها را بر اساس تولید ناخالص ملی (GNP) محاسبه می‌کردند. اما امروزه این گونه محاسبات کلاسیک برای تبیین توسعه کافی به نظر نمی‌رسد زیرا تقسیم درآمدها عادلانه نیست و عده کمی سهم بیشتری از درآمد ناخالص ملی را به خود اختصاص می‌دهند و سهم کمی به عده زیادی تعلق می‌گیرد، به طوری که کیفیت زندگی اکثر شهروندان چنین کشورهایی با فقر و گرسنگی روبه‌روست. بنابراین باید این سؤال را مطرح کرد که هدف از توسعه اقتصادی چیست؟

توسعه اقتصادی برای چه کسانی است؟ اگر در طرحهای توسعه، بهداشت و تغذیه بهتر برای مردم در نظر گرفته نشود آیا در واقع می‌توان ادعا کرد که طرح توسعه مؤثر خواهد بود؟ چنین سؤالی را نیز متخصصان کشاورزی باید از خود بکنند که هدف اصلی از بهبود وضع کشاورزی چیست؟ جواب این سؤال به احتمال تولید بیشتر، با کیفیت بهتر محصولات کشاورزی برای کشاورز است تا از این طریق بتواند درآمد خود را افزایش دهد. در نتیجه قدرت خرید بیشتری برای تهیه کالاهای اساسی، زندگی بهتر و تهیه غذای با انرژی بالاتر به دست آورد.

در کشورهای فقیر اولویت باید در توسعه اقتصادی به بخش کشاورزی داده شود. در

ضمن حمایت از پروژه‌هایی که قسمت اعظم جمعیت را در بر می‌گیرد متمرکز شود. در نتیجه کم کردن نابرابری در توزیع درآمد باعث بهبود وضع تغذیه، بهداشت و کیفیت زندگی خواهد شد. به عنوان مثال در توسعه اقتصادی طرحهای کارگری نسبت به طرحهای مکانیزه اولویت پیدا می‌کند. همچنین در بخش کشاورزی حمایت از کشاورزان با مزارع کوچک مهمتر از توجه به کشاورزانی است که در مزارع بزرگ فعالیت می‌کنند. در نظر گرفتن این موارد، عدالت اجتماعی و تقسیم عادلانه ثروت را در طبقات مختلف اجتماعی اعم از صنعتی و یا کشاورزی میسر می‌سازد. چمبرز (Chambers) در ارائه رهیافت برای توسعه کشاورزی، کشاورزان کوچک را مد نظر قرار داده و اعتقاد دارد که باید به دانش سنتی کشاورز احترام گذاشت و توسعه کشاورزی را از بهبود وضع فقیرترین کشاورزان شروع کرد. جلوگیری از بیماریها و ارائه طرحهایی که در تهیه و تأمین غذای بهتر برای افراد مؤثرند، کاملاً منطبق بوده و بخش مهمی از طرح توسعه را در بر می‌گیرد. اجرای چنین طرحهایی ممکن است در افزایش تولید و زندگی بهتر کمک کند. بنابراین می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که کاهش بیماریها و مرگ و میر و تهیه غذای مقوی و سالم برای افراد، شاخصهای بهتری در مقایسه با میانگین تعداد تلفن و ماشین برای هر ۱۰۰۰ خانواده و یا حتی تلویزیون رنگی، دلار، شیلپینگ و غیره برای نشان دادن مفهوم توسعه است. آیا کشوری که درآمد سرانه آن کم است ولی مرگ و میر کودکان در اثر سوء تغذیه به طور تقریب به صفر رسیده، لیکن از نظر تعداد ماشینهای سواری و تلفنهای شخصی نسبت به اکثر کشورهای جهان پایینتر است، توسعه نیافته محسوب می‌شود؟

جدول شماره ۴. سوء تغذیه به عنوان علت اولیه و یا ثانویه در مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در چند کشور در سال ۱۹۷۱

نام کشور	درصد مرگ و میر در مواردی که سوء تغذیه علت ثانویه بوده است		درصد مرگ و میر به علت سوء تغذیه	
	سرخک	اسهال	علت اولیه	علت ثانویه
• آرژانتین				
استان سان ژوزان	*	۶۸	۳	۳۷
حومه شهر سانژوزان	۳۶	۶۲	۹	۳۹
• اوسترا				
استان چاکو	۳۶	۵۳	۸	۳۹
• مالدین شوری				
زوبسایج	۵۴	۶۷	۳	۵۷
• نروژ				
زوبس	۷۴	۷۰	۶	۶۰
ساتوبولو	۵۲	۶۳	۱	۴۵
• هندو بریتانیا				
زیرالویو نو	۷۱	۷۵	۲	۶۷
وانکا (شهر کوچک)	*	۶۹	۹	۴۹
• کلمبیا				
کالی	۶۵	۵۱	۱۶	۴۰
کارتاچا	۹۴	۶۴	۱۵	۴۴
مدلین	۸۴	۶۲	۱۱	۵۱
جامایکا (جیکسونی)	*	۴۱	۶	۳۲
بولیوی (لاپاز)	۵۰	۶۷	۴	۴۱
مکزیک (مونتري)	۷۴	۷۰	۴	۴۸
• بنی (سائیتا کوی)				
• ال سالوادور				
منطقه سان سالوادور	۶۹	۴۸	۹	۴۹
• دانمارک				
روسلانجی	۷۸	۵۵	۱۴	۴۴
• مایکین تمام مناطق	۶۵	۶۱	۸	۴۶

منبع : سازمان بهداشت بان آمریکا، ۱۹۷۱

* اطلاعات در دسترس نبوده است.

اصول سیاستگذاری برای بهبود تغذیه و بهداشت

سازمان بهداشت جهانی با داشتن ۱۵۰ کشور عضو متعهد شده است که تا سال ۲۰۰۰ برای همه اعضای خود بهداشت و سلامتی را تأمین کند.

منظور سازمان برای رسیدن به چنین هدفی تأکید عمده بر تأمین بهداشت اولیه است. تهیه طرح توسعه‌ای که شامل هدفهایی همچون کم کردن سوء تغذیه، جلوگیری از بیماری‌های عفونی، و بهبود تغذیه باشد، در این جا امکانپذیر نیست. اما می‌توان با ارائه خدمات مؤثر از طریق بیماریانی که در نقاط دور افتاده در مراکز بهداشت در روستاها خدمت می‌کنند، به جای پزشکان متخصص که در مراکز استانها و در بیمارستانها و با پشتیبانی کارکنان بهداشتی انجام وظیفه می‌کنند، به هدف مورد نظر رسید. اکثر بیماری‌های معمولی را می‌توان با درمان به وسیله تجهیزات ساده و داروهای محدود کنترل کرد. سیستم درمانی که هدف آن پیشگیری باشد و فعالیت‌های خود را بر پیشگیری به جای درمان و واکسیناسیون اطفال و همچنین بهداشت کودک و برنامه تنظیم خانواده جهت کنترل جمعیت بنا کند از سیستم‌های پیچیده مراکز استانها بسیار مفیدتر و کارا تر خواهد بود. تأکید یونیسف در این راستا بر تغذیه کودک از شیر مادر است، همچنین خوراندن محلول الکترولیتی خوراکی ORS برای جلوگیری از تلف شدن کودکان بر اثر اسهال و توسعه برنامه‌های ایمن‌سازی از طریق واکسیناسیون در برنامه کار این سازمان قرار دارد. اکثر صاحب‌نظران تغذیه امروزه بر این عقیده‌اند که علت اصلی سوء تغذیه در کشورهای جهان سوم کمبود مواد پروتئینی نیست بلکه تغذیه ناکافی است. اکثر غلات شامل ۸ تا ۱۲ درصد پروتئین است و اغلب با مقادیر متوسطی از محصولات خانواده لگومینوز و یا لوبیاییان و سبزیجات مصرف می‌شود. اگر کالری مورد نیاز در این جیره‌های غذایی تأمین شود، به طور معمول کمبود پروتئین دیده نمی‌شود مگر در مواردی که کودکان به بیماری‌های عفونی مبتلا شده باشند که در پی آن ازت زیادی از دست می‌دهند.

افزایش متوسط در تغذیه غلات و خانواده لوبیاییان و سبزیجات به میزان زیادی مسئله سوء تغذیه را در کشورهای جهان سوم حل خواهد کرد مخصوصاً اگر این افزایش در میزان غذای مصرفی به همراه برنامه کنترل بیماری‌های عفونی باشد.

یکی از مهمترین کمبودهایی که باعث بروز بیماریهای جدی در کودکان می شود کمبود ویتامین A است، و باعث بیماری گزروفتالمی که علت اصلی کوری در کودکان است، می شود. کمبود ید باعث بیماری گواتر و کمبود آهن باعث بیماریهای چون کمخونی و بزرگ شدن غده تیروئید و رشد غیر طبیعی آنها می شود. به عنوان مثال برای کنترل گزروفتالمی (بیماری خشکی قرنیه چشم) در بعضی از نواحی با خوراندن هر ۶ ماه یک کپسول که شامل ۲۰۰۰۰۰ واحد بین المللی ویتامین A است تمام کودکان را در مقابل ابتلا به این بیماری بیمه می کنند. در مناطق دیگر به طور معمول ویتامین A را به مواد غذایی مثل شیر اضافه می کنند. ویتامین A به طور نسبی ماده ارزانی است که بیشتر هزینه های آن مربوط به حمل و نقل است. هیچ دلیل منطقی وجود ندارد که در ۱۰ سال آینده نتوان در سرتاسر جهان بیماری کوری بر اثر کمبود ویتامین A را ریشه کن کرد. افزودن ید به نمکهای مصرفی که از طریق قانونی در اکثر کشورها و از جمله کشور ما نیز، ضروری تشخیص داده شده در کم کردن بیماری گواتر به میزان قابل توجهی موفقیت آمیز بوده است.

در مورد کنترل کم خونی می توان شیوه مشابهی با اضافه کردن آهن به غذاهای مناسب تغذیه مادران و کودکان به کار برد. شواهد جدید به دست آمده نشان می دهد مصرف بیشتر ویتامین C و یا غذاهایی که از نظر ویتامین C غنی است در افزایش جذب آهن موجود در غذاهایی که ریشه گیاهی دارد مؤثر است.

کنترل بیماریهای عفونی و بهبود تغذیه، دو عامل مهم در اولویت بندی برای برنامه های توسعه در کشورهای جهان سوم به شمار می رود. این دو برنامه باید با هم به مورد اجرا گذاشته شود چون از طرفی لازم و ملزوم یکدیگر بودند و از طرف دیگر از نظر اقتصادی نتیجه بهتری خواهد داشت، تا اینکه به طور جداگانه اجرا شود. افزایش تولید محصولات غذایی و در دسترس بودن آن برای جوامع نیازمند، جزء جدانشدنی این استراتژی به شمار می رود.

شواهد تاریخی و اپیدمیولوژی (همه گیرشناسی) نشان می دهد که کم شدن مرگ و میر کودکان و افزایش بهبود بهداشت و تغذیه، ممکن است از لوازم اولیه برای موفقیت در برنامه تنظیم خانواده باشد. در کشورهای پرجمعیت جهان مسئله کنترل جمعیت باید از اولویت بالایی

برخوردار باشد.

برای جمع‌بندی مطالب ذکر شده می‌توان چنین پیشنهاد کرد که یک برنامه تلفیقی با سه هدف زیر می‌تواند جوابگوی مشکلات مورد بحث باشد:

۱. کنترل بیماری‌های عفونی

۲. بهبود تغذیه

۳. ارائه خدمات وسیع و قابل دسترس جهت تنظیم خانواده

اهمیت تغذیه کودک با شیر مادر

اغلب تصور می‌شود که تأثیر دانش غرب و تکنولوژی غربی همیشه به توسعه کشورهای فقیر کمک کرده است. یک مثال بسیار روشن از اینکه تکنولوژی غربی همواره به سود اکثر کشورهای جهان سوم نیست جایگزین کردن شیر خشک برای تغذیه کودک به جای شیر مادر است. اگر بخواهیم فواید تغذیه کودک با شیر مادر را بررسی و مزیت آن را بر تغذیه با شیر خشک بیان کنیم به طور خلاصه موارد زیر را می‌توان برشمرد.

۱. شیر مادر همواره آماده و در سهلترین شرایط برای کودک قابل استفاده است.

۲. مواد غذایی موجود در شیر مادر کامل است.

۳. شیر مادر باعث چاقی بیش از حد کودک نمی‌شود.

۴. از نظر اقتصادی هم برای خانواده و هم برای کل جامعه به صرفه‌تر است تا اینکه شیر

خشک وارد شود.

۵. ارتباط عاطفی نزدیک بین مادر و کودک برقرار می‌کند.

۶. در شیر مادر مواد ضروری برای ایمنی کودک در مقابل بیماری‌ها وجود دارد.

۷. ابتلای کودک به بیماری اسهال در مقایسه با مصرف شیر خشک احتمال کمتری

دارد. (۷)

در اکثر کشورهای یکی از علتهای مرگ و میر کودکان و یا ابتلا به بیماری‌های اسهال، تغذیه کودک با شیر خشک و استفاده از شیشه است. بیش از ۱۴۰ کشور جهان که در سمینار بهداشت

جهانی در سال ۱۹۸۳ شرکت داشتند تصمیم گرفتند تبلیغات وسیعی برای ترویج تغذیه کودک از شیر مادر انجام دهند، تنها کشور مخالف، ایالات متحده آمریکا بود که برای ملاحظات اقتصادی و سرمایه گذاری کلانی که در این زمینه کرده بود، با این تصمیم موافقت نکرد.

سیاستگذاری دولتها در امر تغذیه

دولتها در برنامه توسعه ملی خود باید در امر تغذیه به عنوان بخش مهمی از برنامه توسعه سیاستگذارهای لازم را انجام دهند.

اساس سیاستگذاری در تغذیه باید هم کیفیت و هم کمیت غذای مورد مصرف جامعه باشد.

به عنوان مثال مصرف غذای پر انرژی و بیش از حد نیاز باعث چاقی مفرط و مصرف غذاهای چرب باعث افزایش کلسترول و بیماریهای قلبی و مصرف بیش از حد نمک نیز باعث بروز فشار خون می شود. بنابراین توزیع عادلانه غذا بین ۲ گروه فقیر و ثروتمند باعث بهبود وضع سلامت هر دو گروه خواهد شد. سیاستگذاری ملی برای غذا و تغذیه باید حول سه محور: ۱. تولید مواد غذایی ۲. تقاضا برای مواد غذایی ۳. ایجاد بستر مناسب از نظر بهداشت و کنترل بیماریها، انجام پذیرد. بنابراین سه مورد اشاره شده در خصوص سیاستگذاری به ترتیب مورد بررسی قرار می گیرد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

تولید مواد غذایی

در هر جامعه باید غذا به میزان کافی و با کیفیت درست موجود باشد تا بتوان جوا بگوی نیاز مردم بود. بنابراین استراتژی اصلی در سیاستگذاری تولید مواد غذایی باید بر بهبود و افزایش محصولات کشاورزی باشد که غذای اصلی مردم را تشکیل می دهد. برای رسیدن به این هدف و چگونگی بالا بردن محصول در واحد سطح نیاز به بحث تخصصی جداگانه در بخش کشاورزی است. به هر حال سیاستگذاری در بخش کشاورزی نیاز به آگاهی و اطلاع کامل از فرهنگ تغذیه جامعه و چگونگی قیمتگذاری بر روی مواد غذایی دارد که به طور مستقیم

مصرف و میزان تقاضا را تعیین و تبیین می‌کند.

سیاستگذاری تأمین غذا در کشورهای در حال توسعه

در این کشورها سیاستگذاری در مورد تغذیه و تأمین غذا بر پایه سه اصل تولید محصولات غذایی، کنترل بیماری‌های واگیردار و آموزش پی‌ریزی شده است. جدول زیر در سه قاره آفریقا، و آسیا و آمریکای لاتین ۲۱ کشور را مورد مطالعه قرار داده است. چنین به نظر می‌رسد که هدف خاصی از نظر تغذیه در این کشورها دنبال نشده بلکه بیشتر سیاستگذاری بر مبنای رفاه تولیدکننده و خودکفایی بوده است.

دولتها برای بهبود و تأمین مواد غذایی به صورتی پایدار می‌توانند از این راههای

پیشنهادی بهره‌مند شوند:

۱. تهیه و تأمین مواد غذایی اصلی و تقسیم آن از طریق کوپن (کالا برگ)
 ۲. بررسی و شناخت قشرهای آسیب‌پذیر و تهیه برنامه تأمین غذای تکمیلی
 ۳. پرداخت یارانه برای کالاهای خاص مثل نان
 ۴. تعدیل قیمت ارز برای مواد غذایی وارداتی
 ۵. یارانه جهت نهاده‌های تولیدات کشاورزی مثل کودهای شیمیایی، بذر اصلاح شده، آب، اعتبارات، و ماشینهای کشاورزی
- در اینجا لازم به توضیح است که در کشور ما، بررسی و تحقیق در مورد شناسایی قشرهای مختلف آسیب‌پذیر بیش از هر زمان دیگری مورد نیاز است. این امر در گرو تحقیقات گسترده جهت تعیین شاخص میزان درآمد و سنجش خط فقر در جامعه است. از طرفی نیاز به تجدیدنظر در مورد یارانه نهاده‌های کشاورزی که در بند ۵ ذکر شده است، لازم به نظر می‌رسد. زیرا ثبات قیمتهای تولیدات کشاورزی منوط به وجود نهاده‌های مورد مصرف با قیمت ثابت و همراه با یارانه است.

سیاستگذاری دولتها برای تأمین غذا در ۲۱ کشور در حال توسعه با توجه به هدفهای تعیین شده:*

نام کشور یا ناحیه آفریقا	رفاه مصرف‌کننده	رفاه تولیدکننده	درآمد دولت	ایجاد درآمد ارزی	خودکفایی	ثبات قیمتها	امنیت غذایی
بوتسوانا	x				x		x
کنیا	x			x	x		x
مالی	x				x	x	x
مراکش					x		
نیجریه	x				x		
سنگال	x				x		
سودان	x			x	x		
تانزانی					x		
آسیا							
بنگلادش	x			x	x	x	x
هند	x				x	x	x
اندونزی	x				x	x	x
فیلیپین	x				x	x	x
سريلانكا	x				x	x	
تایلند	x				x	x	
آمریکای لاتین							
برزیل	x				x		
جمهوری دومینیکن	x				x		
گوآتالا	x				x	x	
هایتی						x	
جامائیکا							
پاراگوئه					x		
پرو	x						x

علامت x نشاندهنده نوع هدف مشخص شده برای کشورهاست.

*. مأخذ شماره ۸. گزارش WHO سال ۱۹۹۰ میلادی - ژنو

1. Matthew Drusdoff (1984), Perspectives of the World Food Situation. In *World Food Issues*. Cornell University, second edition.
2. Clifton R. Wharton, Jr. (1977), Ecology and Agricultural Development Striking a Human Balance. American Society of Agronomy.
3. Munger, H.M. and Coffman, W.R. (1984), Future Directions for Food Crop Breeding Programs. In *World Food Issues*. Cornell University. sec. Ed.
4. Dalrymple, D.G. (1978). Development and spread of high yielding Varieties of wheat and rice in the less developed nations. Foreign Ag. Eco. Rept. No. 95. U.S.D.A. Washington D.C.
5. Pan American Health Organization (PAHO), 1971. Inter American investigation of Mortality in Childhood. Provisional Dept. Washington, D.C.
6. World Health Organization (WHO). 1982. Control of Vitamin A deficiency and xerophthalmia. WHO, Geneva.
7. Greiner, T.S. Almoth, and Lathan, M.C. 1979. The Economic Value of breast feeding. Cornell Uni, Ithaca, N.Y.
8. Report of a "World Health Organization" Study group. (1990) Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. WHO, Geneva.
9. سخنرانی آقای دکتر آهون منش معاونت تات وزارت کشاورزی در ششمین سمینار علمی ترویج کشور (۱۳۷۰). مجموعه مقالات ششمین سمینار علمی ترویج کشاورزی کشور. دانشکده کشاورزی دانشگاه فردوسی مشهد.



ثرويشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگي
پرتال جامع علوم انسانی