

تحلیل تأثیر اجرای طرح هدفمندی یارانه‌ها بر شاخص‌های سلامت شهری (سلامت تغذیه و امنیت غذایی) در منطقه‌های چهارگانه کلان‌شهر قم

احمد پوراحمد - استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه تهران
علی مهدی - دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه تهران
معصومه مهدیان بهنمیری - دانشجوی دکتری دانشگاه اصفهان، مدرس مدعو گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه پیام نور تهران

تأیید نهایی: ۱۳۹۳/۰۳/۱۹

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۷/۰۶

چکیده

توسعه جامعه در گرو بهره‌مندی از آرمان سلامت و شاخص‌های مختلف آن است که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، از سیاست‌های کلان و ملی تأثیر می‌پذیرد. براین اساس، در بعضی از کشورها از جمله ایران، به یارانه و هدفمندی آن با توجه به وضعیت داخلی اقتصادی-اجتماعی توجه شده است که با موضوع مذکور ارتباطی تنگاتنگ دارد. پژوهش حاضر نیز با ذکر این مقدمه و با علم به عوامل (فاکتورهای) مختلف تأثیرگذار بر سلامت زیست شهری، به مطالعه تأثیر طرح هدفمندی یارانه‌ها بر وضعیت اقتصادی و اجتماعی شهروندان، سلامت تغذیه و امنیت غذایی می‌پردازد که یکی از شاخص‌های اصلی سلامت شهری در منطقه‌های چهارگانه کلان‌شهر قم است. این پژوهش با هدف بررسی عینی و دستیابی به مصداقی واقعی در زمینه تأثیر طرح هدفمندی یارانه‌ها بر سلامت شهری صورت گرفت. همچنین، در این پژوهش، تجزیه و تحلیل توصیفی، مقایسه‌ای و علی انجام می‌شود و جمع‌آوری اطلاعات آن بر مطالعه‌های کتابخانه‌ای و پژوهش میدانی استوار است. نتایج نشان می‌دهد که بسیاری از شهروندان، نگرش مثبتی به اهداف عدالت‌خواهانه طرح دارند، اما بسیاری از شهروندان پس از گذشت چند سال از نتیجه اجرای این طرح، از بسیاری از ابعاد اقتصادی به‌ویژه دسترسی آسان به تغذیه مناسب و امنیت غذایی - که ضامن شادابی و سلامت آن‌هاست - رضایت ندارند و در اظهاراتی، اجرای نامناسب و تورم‌زای طرح هدفمندی یارانه‌ها را عامل اصلی تضعیف روزافزون امنیت غذایی و کیفیت نامناسب تغذیه‌ای خود اعلام می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: امنیت غذایی، سلامت تغذیه، سلامت شهری، شاخص‌های سلامت، طرح هدفمندی یارانه‌ها، کلان‌شهر قم.

مقدمه

امروزه در تمام کشورهای جهان، به‌ویژه کشورهای فقیر، به‌علت فقر در جامعه و با توجه به رابطه تنگاتنگ وضعیت اجتماعی - اقتصادی و به‌ویژه درآمد افراد (چاکربرتی، ۲۰۰۹: ۴۷)، برای پاسخ به نیازهای مختلف، خدمات ارائه نمی‌شود (سپیل رانا، ۲۰۰۶: ۳۲۱). مقوله سلامت و ابعاد مختلف آن، از مهم‌ترین این خدمات است که بسیاری از کارشناسان مسائل شهری آن را تأیید می‌کنند؛ به‌طوری‌که درحال حاضر، با توجه به سرعت تغییرها و چالش‌های سلامت شهری در عرصه جهانی، تغییرهای وسیعی نیز درمورد سلامت عمومی شهری در قرن گذشته ایجاد شده است (حبیب و دیگران، ۲۰۰۹: ۱۷۴). این مسئله در کنار رشد شدید جمعیت، مهاجرت روزافزون به شهرهای بزرگ و...، تقاضای عظیمی را برای زیرساخت‌های اساسی و پایه به‌وجود آورده است (اسکوتن و متنگ، ۲۰۱۰: ۸۱۵). بسیاری از زیرساخت‌های شهری برای پاسخگویی به این رشد و توسعه شهری فراهم نیست؛ بنابراین، مشکل‌هایی را در این حوزه می‌بینیم؛ مانند توسعه کنترل‌ناپذیر نواحی شهری، کاهش سطح رفاه انسانی (اورتگا و دیگران، ۲۰۱۱: ۲)، مشکل‌های روزافزون زیست‌محیطی، محدودیت دسترسی به امکانات تفریحی و درنهایت، ضعف هرچه بیشتر دسترسی به پارادایم غالب توسعه پایدار. در این وضعیت که زندگی در جهانی ناسالم را برای بسیاری از انسان‌ها فراهم ساخته است (هارتون، ۲۰۰۰: ۲۷)، بی‌تردید سلامت جامعه امروزی با پیشروی سریع به‌سوی شهرنشینی و به‌علت عواملی مانند جمعیت بالا، مسکن نامناسب، صنعتی شدن، آلودگی‌های مختلف و مراقبت‌های ناکافی بهداشتی، به‌شدت در معرض خطر است (آستانا، ۱۹۹۸: ۵۸) و درصورت سهل‌انگاری در این زمینه، درنهایت سلامت کل سیستم و امنیت ملی کشورها به‌خطر خواهد افتاد. در این میان، یکی از مهم‌ترین مصادیق ترسیم سلامت عمومی جامعه، بررسی وضعیت استفاده از رژیم غذایی مناسب به‌عنوان یکی از عوامل اصلی ایجاد نسل سالم برای آینده جامعه است (سلطان‌زاده، ۱۳۸۷: ۳۸). این مسئله که درکنار توزیع عادلانه درآمد، اشتغال، محیط‌زیست و رعایت حقوق بشر، شاخصی برای توسعه جامعه شناخته شده است (ژاهو و دیگران، ۲۰۱۰: ۱)، جایگاه ارزشمندی در اقتصاد، ایجاد روابط اجتماعی سالم بین مردم، پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها، مفاسد، انحراف‌های اخلاقی (هولزور، ۲۰۰۲: ۱۹) و درنهایت، ارتقای سلامت عمومی جامعه دارد. در نتیجه، از آنجاکه تغذیه مناسب و امنیت غذایی، از اساسی‌ترین مسائل مطرح در جغرافیای پزشکی و توسعه پایدار است (حاتمی‌نژاد و دیگران، ۱۳۹۲: ۵۳)، امروزه در مطالعه‌های شهری، نقش مهمی در سلامت جسمی و روانی، شادابی، طول عمر، گسترش روابط اجتماعی و... دارد. در این میان، یکی از مهم‌ترین مصادیق تحلیل و ترسیم سلامت عمومی جامعه از جمله وضعیت تغذیه شهروندان، توجه به نقش، عملکرد و سیاست‌های دولت‌هاست. از گذشته‌های دور، حاکمان کشورهای مختلف برحسب مسائل موجود و اهدافی که در سطح خرد و کلان داشتند، اقدام‌هایی انجام دادند که بازتاب آن به‌مرور زمان در زمینه‌های مختلف آشکار شده است که یکی از مهم‌ترین مصادیق آن، به‌ویژه در کشورهای درحال توسعه با نارسایی‌های اقتصادی، هدفمندکردن یارانه‌هاست. هدفمندکردن یارانه‌ها آرزوی همه افرادی است که به سلامت و رفاه جامعه و به‌ویژه اقشار آسیب‌پذیر اهمیت می‌دهند. این قانون به‌عنوان طرحی مترقی با اهداف متعالی، درصورت اجرای صحیح و فراهم‌بودن زمینه‌های اجرای کارآمد آن، شرایط اقتصادی کشور را دگرگون می‌کند و درعین‌حال، در شفاف‌سازی هزینه‌ها، به‌ویژه در حوزه سلامت، بسیار مؤثر است، اما از آنجاکه بستر لازم برای اجرای دقیق و بی‌دغدغه این قانون از قبل دیده نشده، نگرانی‌هایی در عرصه‌های مختلف ایجاد شده است. در کشورهای پیرامونی، با توجه به پایین‌بودن درآمد سرانه و توزیع ناعادلانه درآمدهای ملی، اقشار زیادی از مردم توان تأمین حداقل معیشت خود را ندارند؛ به‌همین دلیل، یکی از کارکردهای مهم دولت به‌ویژه در کشورهای متکی به درآمدهای نفتی، تأمین حداقل مایحتاج و خدمات عمومی است (رحیمی و کلانتری، ۱۳۷۱: ۱۴). در این کشورها، مانند ایران، برای بهبود سطح رفاه عامه و به‌منظور کسب مشروعیت و مقبولیت سیاسی، همواره مقدار زیادی از یارانه مصرفی و خدماتی با اتکا به درآمدهای نفتی پرداخته می‌شود (همان: ۱۵). از آنجاکه میزان و نحوه تخصیص یارانه‌ها بیشتر رنگ سیاسی دارد، از نظام توزیع بخشی و جغرافیایی ویژه‌ای تبعیت می‌کند و آثار و تبعات جغرافیایی و فضایی ویژه‌ای را در پی دارد. نوشتار حاضر این مسئله را از نظر آثار آن بر شاخص‌های سلامت (وضعیت

تغذیه و امنیت غذایی) بررسی می‌کند. آنچه ضرورت پژوهش حاضر را پررنگ‌تر می‌کند، توصیه به پژوهشگران این عرصه برای اولویت‌دادن و توجه به آرمان بلند سلامت در سیاستگذاری‌های شهری است؛ به طوری که بررسی اکولوژی تطبیقی آسیب‌شناسی در شهر، ارتباطی قوی بین امراض روانی، اجتماعی و جسمی با انواع آلودگی‌ها، تراکم جمعیت، تراکم افراد در واحدهای مسکونی، پایگاه اقتصادی، فقر، بیکاری، بی‌سوادی، واحدهای مسکونی غیراستاندارد و ناسالم و شرایط موجود سلامت زیستی ساکنان شهری یافته است (مهدی، ۱۳۹۰: ۱۹). به یقین، تمام این موارد، مانند مسئله هدفمندی یارانه‌ها ارتباط مستقیم، غیرمستقیم و غیرقابل‌انکاری با سیاستگذاری‌های دولت دارد. با توجه به اینکه جغرافیای پزشکی - سلامت، یکی از زیرشاخه‌های مهم علم جغرافیاست، بدیهی است اگر جامعه‌ای از این مسئله غافل شود، خلأ بزرگی را در سلامت عمومی جامعه خود ایجاد می‌کند؛ بنابراین، بسیار درست است که پژوهش‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و سرمایه‌گذاری‌های گسترده‌ای با محوریت سلامت شهری و توجه شهروندان به امور مهم تأثیرگذار بر سلامت شهروندان مانند تغذیه انجام گیرد. در این راستا، پرسش‌های زیر مطرح است:

۱. کیفیت تغذیه و امنیت غذایی شهروندان قم در چگونه است؟
 ۲. آیا هدفمندی یارانه‌ها موجب بهبود وضعیت اقتصادی خانوارها و بهبود وضعیت تغذیه شهروندان شهر قم شده است؟
 ۳. آیا وضعیت کنونی تغذیه و کیفیت امنیت غذایی شهروندان قم، ارتباطی با موضوع هدفمندی یارانه‌ها دارد؟
 ۴. در مجموع، آیا اجرای طرح هدفمندی یارانه‌ها با توجه به وضعیت موجود در حوزه سلامت شهری و شاخص‌هایی که در این پژوهش مطالعه می‌شود، چشم‌انداز روشن و مناسبی را ترسیم می‌کند؟
- از این‌رو، هدف اصلی این پژوهش، بررسی عینی و دستیابی به مصداقی واقعی در زمینه تأثیر طرح هدفمندی یارانه‌ها بر سلامت شهری شهروندان است؛ یعنی هرگاه در مورد موضوع پژوهش یا زمینه‌های مشابه آن سخنی به میان آید، می‌توان از نتایج میدانی و عینی این پژوهش نیز استفاده کرد. البته به عقیده نگارندگان، در ابتدای مسیر برای بررسی وضعیت تغذیه و امنیت غذایی شهروندان، باید به وضعیت اقتصادی متأثر از طرح هدفمندی یارانه‌ها در جامعه مورد مطالعه توجه شود؛ به طوری که با سنجش این عامل بسیار مهم در طول اجرای طرح مذکور، می‌توان به تحلیل مناسبی از جایگاه تغذیه سالم و امنیت غذایی دست یافت.

مبانی نظری

امروزه با توجه به اهمیت مقوله سلامت در میان جوامع شهرنشین، برنامه‌ریزان حوزه شهر و سلامت، اصطلاحی تقریباً جدید را با عنوان برنامه‌ریزی سلامت^۱ مطرح می‌کنند که در آن، ارتقای مسائل اساسی مانند سلامت زیست شهری، رفاه اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی انسانی را دنبال می‌کنند. در این زمینه، درک و فهم اینکه چگونه با تدارک سلامت عمومی، جمعیت شهری را تأمین و تقویت کنیم، برای دولت‌ها بسیار مهم است (وی‌بری و دیگران، ۲۰۱۰: ۶۹۴)؛ به طوری که در پانزده سال گذشته، دولت‌ها توجه بی‌سابقه‌ای به موضوع سلامت شهری داشته‌اند (کوروی، ۲۰۱۰: ۸۲)؛ برای مثال، در طول دهه گذشته در آفریقا، سیاستگذاری‌های گسترده‌ای برای پاسخ به مسائل مربوط به سلامت افراد در نظر گرفته شده است (گوسونگ، ۲۰۰۹: ۹۴۹) که در تمام این موارد، سلامت زیست و ابعاد گسترده آن به عنوان مفهومی پویا، با میزان آگاهی و چگونگی روبه‌رو شدن جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی، ارتباطی مستقیم دارد (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۳۵). در اقتصاد بهداشت، سلامت انسان، سرمایه تلقی می‌شود و امور بهداشتی - درمانی با عملکرد خود به افزایش سلامت انسان‌ها کمک می‌کند (امینی، ۱۳۸۵: ۲۸). از این‌رو، در کنار افزایش روزافزون جمعیت شهری و با توجه به رشد پرشتاب نیازها و هزینه‌های خدمات سلامت (یوسفی و دیگران، ۱۳۸۹: ۱۰)، هر ساله پژوهش‌های متعددی با صرف هزینه‌های بسیار در زمینه سلامت انجام می‌گیرد. در این زمینه، کارشناسان، واژه سلامت را معمولاً به استانداردهای ویژه فیزیولوژیکی وابسته می‌دانند (سو و دیگران، ۲۰۱۰: ۲۴-۲۷). به سخن ترمین و دیگران (۲۰۰۶: ۴)

نیز سلامت، حالتی است که فرد شرایط فیزیکی، روحی و اجتماعی کاملاً مناسبی دارد. در مجموع، سلامت شهری، از نظر تمام ابعاد تأثیرگذار بر ایجاد زندگی ای سالم و باکیفیت، قابل تعریف است؛ مانند شاخص‌های متنوع اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، کالبدی، موضوع‌های امنیتی، عملکرد مدیریت شهری و نهادهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی شهروندان و سلامت روحی و جسمی افراد (مهدی، ۱۳۹۰: ۱۶۵). با توجه به گستردگی این ابعاد، پژوهش حاضر به بررسی یکی از مسائل عینی و قابل سنجش، یعنی وضعیت تغذیه و امنیت غذایی شهروندان محدوده مورد مطالعه می‌پردازد. در زمینه اهمیت تغذیه مناسب، فوئر باخ^۱ (۱۸۷۲-۱۸۰۴)، از پیشگامان رادیکالیسم اروپایی، می‌گوید: «اگر می‌خواهید ملت را اصلاح کنید، به عوض سخنان پرشور بر ضد گناه، غذای بهتری به آن‌ها بدهید. آدمی آن چیزی است که می‌خورد» (شکوئی، ۱۳۸۲: ۱۸۲). در تعریف امنیت غذایی، به مفهوم دسترسی همه مردم در تمام اوقات به غذای کافی برای داشتن زندگی سالم و فعال اشاره شده است (کرم‌سلطانی و دیگران، ۱۳۸۶: ۶۸). امنیت غذایی، نقشی مهم و کلیدی در تحقق توسعه انسانی دارد که یکی از شاخص‌های اصلی توسعه پایدار است و در کشور ما، از جمله مهم‌ترین اولویت‌های استراتژیک توسعه به‌شمار می‌رود؛ به طوری که در سند چشم‌انداز بیست‌ساله، داشتن سلامت، رفاه و امنیت غذایی، با کمک سیاست‌های حمایتی دولت مطرح شده است (کریمی و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۴۸). ناامنی غذایی نیز دسترسی نداشتن همه مردم در تمام زمان‌ها به غذای کافی برای داشتن یک زندگی سالم است (محمدپور کلد و دیگران، ۱۳۸۹: ۲۶۳) که در این زمینه، کمیته تغذیه سازمان ملل، ناامنی غذایی را ریسک بیش از حد در دستیابی به غذای لازم برای زندگی سالم و فعال عنوان کرده است. درحقیقت، ناامنی غذایی، نداشتن دسترسی کافی به مواد غذایی است (بختیاری و حقی، ۱۳۸۲: ۲۶). در مجموع، موضوع سلامت، در پرتو تغذیه کافی و سالم، چه به‌عنوان یکی از اهداف توسعه و چه به‌عنوان وسیله‌ای ضروری برای دستیابی به اهداف تکاملی انسان، یکی از روش‌های اساسی و کاملاً ضروری در پیشرفت انسان‌ها در حوزه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی محسوب می‌شود (یوسفی و دیگران، ۱۳۸۶: ۴) که دستیابی به آن، از اهداف اصلی دولت‌ها و از عوامل تعیین‌کننده در زمینه سلامت جامعه است (بختیاری و دیگران، ۱۳۸۱: ۱۰۱)؛ اعظم‌زاده شورکی و خلیلیان، ۱۳۸۹: ۱۷۷؛ ورگان، ۲۰۱۰: ۱۰). اگرچه همان‌گونه که استفان (۱۹۹۲) بیان کرد، پروژه‌های بالا با تمام تلاش‌هایشان نتوانستند در این زمینه کاملاً موفق باشند (استیفنس، ۱۹۹۲: ۸۱۲). یکی از این پروژه‌ها که درحال حاضر، بر ابعاد مختلف زندگی شهروندان (از جمله موضوع سلامت شهری) ایرانی اثرگذار بوده است، طرح هدفمندی یارانه‌هاست که اندیشمندان و نظریه‌پردازان از یک‌سو و سیاستمداران از سوی دیگر، برای تأمین رفاه اجتماعی و جلوگیری از کاهش رفاه شهروندان، به آن توجه کرده‌اند (خسروی‌نژاد، ۱۳۸۸: ۱). یارانه^۲، به هرگونه پرداخت انتقالی از محل خزانه دولت، برای حمایت از اقشار کم‌درآمد و بهبود توزیع درآمد گفته می‌شود که قابل واریز به خزانه است یا به‌صورت نقدی یا کالایی به خانوارها تعلق می‌گیرد (سازمان همکاری اقتصادی و توسعه، ۲۰۰۵). یارانه در دوره‌های زمانی ویژه یا اضطراری، به‌منظور تأمین رفاه اجتماعی از طریق کاهش هزینه‌ها، امداد، کمک مالی پرداخت یا معادل آن خدمتی ارائه می‌شود. هرچند این خدمت، سود اقتصادی ندارد، از نظر رفاه عمومی لازم است. کمک‌های مالی دولت به دستگاه‌های تابع خود به‌منظور کمک به خدمتی عمومی نیز یارانه نام دارد. یارانه در معنای سوبسید، کمک مالی، اعانه یا کمک‌های بلاعوض به تولیدکنندگان و مصرف‌کنندگان بعضی از کالاها و خدمات نیز به‌کار رفته است. همچنین، عنوان شده است که پرداخت کمک مالی (یارانه) دلایل مختلفی دارد؛ مانند پایین نگه داشتن سطح قیمت از طریق افزایش قدرت خرید واقعی خریداران یا حفظ روند تولید یک کالای معین. به‌هرحال ممکن است پرداخت یارانه از طریق تحریف قیمت‌های بازار و هزینه تولید، به تخصیص نامطلوب منابع منجر شود. البته گاهی این اختلال‌ها از طریق آثار خارجی قابل جبران است^۳ که در زیر، روند تاریخی آن به‌صورت اجمالی بررسی می‌شود. تجربه کشورهای گوناگون نشان می‌دهد مهم‌ترین روش‌های پرداخت یارانه در بخش مصرف، نظام نقدی، نظام کالایی، نظام هماهنگ قیمتی و نظام کالابری است (بار، ۲۰۰۴: ۲۳۳ و ۲۶۰؛ نفزیگر، ۱۹۹۰: ۲۱۸-۳۳۵). روند آغاز اجرای پرداخت یارانه در ایران، به دهه ۱۳۵۰ برمی‌گردد که

1. Foaer Baakh

2. Subsidy

3. <http://banki.ir/danestaniha/214-general/2270-subsid>

در آن زمان برای گوشت و گندم انجام می‌گرفت. در آن دوران، به‌دنبال تورم اقتصادی در سال ۱۳۵۳، دولت برای مقابله با افزایش قیمت‌ها، صندوق حمایت از مصرف‌کننده را تأسیس کرد. پس از انقلاب اسلامی نیز سازمان حمایت از مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان تشکیل شد. این سازمان به‌دنبال تشدید مشکل‌های ناشی از جنگ و تحریم اقتصادی، قیمت‌گذاری کالاها را به‌صورت گسترده‌ای تعقیب کرد و در سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۶۴ با فراهم‌شدن امکان واردات وسیع کالا، طرح سهمیه‌بندی کالاهای اساسی (کوپن)، قیمت‌گذاری کالاها، پرداخت یارانه و نظارت بر توزیع کالاها را اجرا کرد (پیری، ۱۳۷۸: ۳۴). یارانه‌ای که دولت در فاصله زمانی ۱۳۵۳ تا ۱۳۵۷ (پیش از انقلاب اسلامی) می‌پرداخت، به‌طور متوسط ۷۳/۷ میلیارد ریال یا ۳/۷ درصد از کل مخارج سالیانه دولت را شامل می‌شد. در سال ۱۳۵۸، این مبلغ به بالاترین رقم خود رسید و به ۱۸۹۶ میلیارد ریال یا ۹ درصد از کل مخارج دولت افزایش یافت. در سال‌های پس از انقلاب (۱۳۵۸-۱۳۶۳)، سالانه به‌طور متوسط ۱۵۸/۹ میلیارد ریال به پرداخت یارانه اختصاص یافت که ۵/۳ درصد کل مخارج دولت را تشکیل می‌داد. چنانچه مبلغ یارانه پرداختی را بین سال‌های ۱۳۶۳ تا ۱۳۶۸ به قیمت ثابت سال ۱۳۵۴ محاسبه کنیم، به این نتیجه می‌رسیم که برخلاف افزایش ظاهری یارانه‌ها، مبلغ آن در سال پایه (۱۳۵۴) به مراتب بیشتر بوده است. مطالعه سرانه یارانه‌ها نشان می‌دهد در سال ۱۳۵۴، سرانه یارانه‌ها ۲۲۸۳ ریال بود و در سال ۱۳۵۸ به ۵۰۹۶ ریال افزایش یافت (ضیائی، ۱۳۷۹: ۲۵۶). در سال‌های پس از آن، به دلیل افزایش بیش از حد جمعیت، این رقم کاهش یافت و در سال ۱۳۶۳ به ۳۳۷۳ ریال رسید. مطالعه ترکیب و بافت یارانه‌های پرداختی توسط دولت، از این منظر اهمیت دارد که معیاری برای ارزیابی داشته باشیم و بدانیم آیا نظام یارانه‌ای برای سرمایه‌گذاری در فعالیت‌های مولد جهت‌یابی شده است یا هدف آن فقط مصرف و افزایش کاذب سطح رفاه جامعه است. در سال‌های پس از انقلاب، همواره مباحث مربوط به افزایش قیمت حامل‌های انرژی از موضوع‌های مهم و پرحاشیه بوده است. این مسئله بارها در مراحل مختلف تا مرز تصمیم‌گیری نهایی پیش رفته، اما هر بار به‌دلیلی متوقف شده یا به‌صورت ناقص اجرا شده است. در سال ۱۳۸۰، مجلس به‌منظور اصلاح ساختار نظام پرداخت یارانه‌ها و هدفمندکردن آن‌ها، طرحی را تصویب کرد که براساس آن، دولت مکلف شد مطالعات و بررسی‌های کارشناسی و اقدام‌های قانونی را به‌منظور هدفمندکردن پرداخت یارانه‌ها انجام دهد، اما این اصلاحیه در عمل اجرایی نشد.^۱ سرانجام این طرح در دوران ریاست جمهوری محمود احمدی‌نژاد عملیاتی شد. او در مراسم سالروز پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۸۶، در سخنانش به این موضوع اشاره کرد که پس از پیروزی انقلاب اسلامی با وجود پیشرفت‌هایی در همه زمینه‌ها، اساس برنامه‌ریزی و نظام‌مندی کشور بر عدالت استوار نیست و به اصلاح‌هایی نیاز دارد که یکی از آن‌ها اصلاح نظام یارانه‌هاست. به این ترتیب، نظام هدفمندی یارانه‌ها در ایران آغاز شد.^۲ با این مقدمه، هدف ما از بررسی این موضوع، در وهله اول یافتن آثار اجرای این قانون بر اقتصاد خانوارهای مورد مطالعه و در وهله دوم که کاملاً متأثر از مطالعه مرحله اول است، بررسی و تحلیل آثار این طرح بر وضعیت تغذیه و امنیت غذایی جامعه هدف (کلان‌شهر قم) و درنهایت، تحلیل سلامت شهری این شهر از دو بعد مذکور است.

جدول ۱. میزان و درصد یارانه‌های پرداختی به تفکیک نوع (میلیون ریال)

کل یارانه	یارانه خدماتی		یارانه تولیدی		یارانه مصرفی		سال
	درصد	مبلغ	درصد	مبلغ	درصد	مبلغ	
۳۰۲۶۳	۰	۰	۱۱/۷	۷۴۱۹	۸۸/۳	۸۸۹،۵۵	متوسط قبل از انقلاب
۸۱۹،۱۰۳	۵/۲	۴۸۶،۵۷	۲۵	۳۳۲،۲۵	۶۹/۸	۵۸۳،۷۰	متوسط بعد از انقلاب
۵۱۹،۸۹	۳/۸	۳۳۸۱	۲۱/۶	۰۱۰،۱۹	۷۴/۵	۳۹۷،۶۵	میانگین هر دوره

منبع: رحیمی و کلانتری، ۱۳۷۱: ۸۹

روش پژوهش

پژوهش حاضر در زمستان ۱۳۹۱ در قم انجام شد. این پژوهش، توصیفی-تحلیلی است و جمع‌آوری اطلاعات نیز با

1. <http://www.borhan.ir/NSite/FullStory/News/?Id=19>

2. <http://www.irna.ir/fa/News/81506365/>

مطالعه‌های کتابخانه‌ای و پژوهش‌های میدانی صورت گرفته است. در این مسیر، با توجه به گستردگی حوزه مطالعاتی، گروهی شانزده نفره برای توزیع پرسشنامه و اخذ داده‌های اولیه در مناطق چهارگانه شهر مشغول فعالیت شد. در این مسیر، با توجه به جمعیت مناطق مورد مطالعه، ۳۸۰ نفر-سرپرست خانوار به‌عنوان سطح تحلیل مطالعه-در هر منطقه براساس مدل نمونه‌گیری کوکران تعیین شدند و پرسشنامه به‌صورت تصادفی ساده در میان خانوارهای این منطقه توزیع شد. این پرسشنامه در سه بخش مشخصات عمومی (قومیت، سواد، شغل، درآمد، تعداد فرزندان و...) رضایت و تأثیر مثبت یا منفی طرح هدفمندی یارانه‌ها و نیز تأثیر این طرح بر سلامت زیست شهری آن‌ها (سلامت تغذیه و امنیت غذایی مانند مصرف گوشت، میوه، سبزیجات و لبنیات) تنظیم شد و پس از آن برای بررسی اعتبار و روایی آن، از اعتبار صوری استفاده شد؛ به‌این‌صورت که پرسشنامه برای ارزیابی به استادان و صاحب‌نظران و کارشناسان ارائه شد و پس از رفع مشکلات و تکمیل پرسشنامه نهایی، در میان جامعه مورد مطالعه توزیع شد. از مهم‌ترین مراحل این پژوهش، طرح ابزار تحقیق این مطالعه و انتخاب گویه‌های سنجش سلامت شهری است. در این زمینه، مطالعه‌های مختلف، شاخص‌های بسیار مهمی مانند وضعیت مسکن، درآمد، منزلت اجتماعی، بیکاری، اشتغال، مصرف مواد غذایی مناسب و... را به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، متأثر از سیاست‌های دولتی به‌ویژه در نظام‌های متمرکزی مانند ایران دانستند که به‌یقین، هریک از موارد مذکور، تأثیر غیرقابل‌انکاری بر سلامت فردی، جمعی و درنهایت سلامت کل جامعه دارند. در پژوهش حاضر، مطالعه و سنجش این موارد با توجه به گستردگی بسیار زیاد، امکان‌پذیر نیست و به وقت و هزینه بسیار نیاز دارد. از این‌رو، مقوله وضعیت تغذیه و امنیت غذایی ساکنان یکی از کلان‌شهرهای ایران (قم) به‌عنوان مطالعه موردی بررسی شد. از سال‌های گذشته تاکنون، موضوع هدفمندی یارانه‌ها در کشور، از جمله مسائل مهم در زمینه وضعیت اجتماعی و اقتصادی مردم است و دولت متولی توزیع این یارانه‌هاست؛ بنابراین، این پژوهش نیز با توجه به تأثیر مستقیم اجرای این طرح بر جریان‌های اجتماعی-اقتصادی افراد و همچنین تأثیر این جریان‌ها بر شاخص‌های سلامت شهری، به مطالعه این موضوع در قم می‌پردازد.

محدوده پژوهش

قم با مساحت ۱۱،۲۳۸ کیلومتر مربع، ۰/۶۸ درصد از کل مساحت ایران را دربرگرفته است. موقعیت ارتباطی شهر به‌علت قرارگیری در مرکز و در محدوده فلات مرکزی ایران موجب شده است تا این شهر به‌عنوان مرکز ثقل جغرافیای ایران مطرح شود و چهارمین شهر مهاجرپذیر ایران شناخته شود (سازمان مسکن و شهرسازی قم، ۱۳۸۹: ۲۲۰). در این زمینه، رشد جمعیت و افزایش شهرنشینی در قم، به‌ویژه پس از پیروزی انقلاب اسلامی شدت بسیاری یافت؛ به‌طوری‌که از ۵۴۶،۱۳۸ نفر در سال ۱۳۵۸، به ۰۹۰،۰۰۰ نفر در سال ۱۳۹۰ رسید. درحال حاضر، این شهر چهار منطقه بزرگ (منطقه ۱: ۲۸۲،۰۰۰، منطقه ۲: ۳۹۰،۰۰۰، منطقه ۳: ۲۶۸،۰۰۰ و منطقه ۴: ۱۶۰،۰۰۰ نفر جمعیت) دارد و از کلان‌شهرهای مهم مذهبی-توریستی به‌شمار می‌رود (شهرداری شهر قم، ۱۳۹۰).

بحث و یافته‌ها

ویژگی‌های عمومی سرپرست‌های خانوار

جدول ۲ نشان می‌دهد بیشترین افراد مهاجر در این شهر، در منطقه ۲ ساکن‌اند.

جدول ۲. ویژگی‌های قومی جامعه نمونه

منطقه ۱								
قومیت	آذری	قمی (بومی) فارس	فارس (غیربومی)	کرد	لر	عرب	بلوچ	قوم‌های دیگر
تعداد	۵۳	۲۳۲	۳۳	۱۱	۴	۲۴	-	۲۳
درصد	۱۳/۹۵	۶۱/۰۵	۸/۶۹	۲/۹۰	۱/۰۵	۶/۳۱	-	۶/۰۵
منطقه ۲								
تعداد	۲۸۷	۴۹	۱۳	۴	۴	-	-	۲۳
درصد	۷۵/۵۳	۱۲/۹	۳/۴۲	۱/۰۵	۱/۰۵	-	-	۶/۰۵
منطقه ۳								
تعداد	۱۰۸	۲۲۰	۲۰	۹	۱۲	-	-	۱۱
درصد	۲۸/۴۲	۵۷/۹	۵/۲۶	۲/۳۷	۳/۱۵	-	-	۲/۹
منطقه ۴								
تعداد	۶۱	۱۹۳	۸۵	۲۰	۱۱	۶	-	۴
درصد	۱۶/۰۵	۵۰/۷۹	۲۲/۳۷	۵/۲۶	۲/۹	۱/۵۸	-	۱/۰۵

منبع: نگارندگان (نتایج تجزیه و تحلیل پرسشنامه‌ها، ۱۳۹۱)

تحصیلات جامعه آماری

چنانکه در جدول ۳ نیز مشخص شده است، منطقه ۲ قم بیشترین سرپرست خانوار مهاجر را دارد و شامل بیشترین تعداد افراد بی‌سواد نیز می‌شود؛ به‌گونه‌ای که از هر پنج سرپرست خانوار، یک نفر بی‌سواد است. در مقابل، منطقه ۱ کمترین میزان سرپرست‌های خانوار بی‌سواد را دارد؛ به‌طوری‌که حدود ۱۰ درصد از آن‌ها، تحصیلات دانشگاهی دارند. بدیهی است تحصیلات سرپرست خانوار، تنها یکی از دلایل تأثیرگذار بر سطح سلامت فرد و اعضای خانواده است و از آنجاکه این موضوع، ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات و خدمات سلامتی را افزایش می‌دهد، در این پژوهش نیز توجه ویژه‌ای به آن می‌شود.

جدول ۳. میزان تحصیلات جامعه نمونه

منطقه ۱								
میزان تحصیلات سرپرست	بی‌سواد	خواندن و نوشتن	ابتدایی	سیکل	دیپلم	فوق‌دیپلم	لیسانس	فوق‌لیسانس و بالاتر
تعداد	۲۳	۱۲	۵۲	۹۷	۱۱۲	۴۳	۳۲	۹
درصد	۶/۰۵	۳/۱۶	۱۳/۶۹	۲۵/۵۳	۲۹/۴۷	۱۱/۳۱	۸/۴۲	۲/۳۷
منطقه ۲								
تعداد	۶۹	۱۲۴	۹۳	۴۷	۱۹	۲۱	۷	-
درصد	۱۸/۱۶	۳۲/۶۳	۲۴/۴۸	۱۲/۳۷	۵	۵/۵۲	۱/۸۴	-
منطقه ۳								
تعداد	۲۳	۴۱	۱۹۸	۵۴	۳۴	۱۴	۱۶	-
درصد	۶/۰۵	۱۰/۷۹	۵۲/۱	۱۴/۲۱	۸/۹۵	۳/۶۹	۴/۲۱	-
منطقه ۴								
تعداد	۹	۴۵	۶۴	۱۰۴	۸۶	۴۳	۱۹	۱۰
درصد	۲/۳۷	۱۱/۸۴	۱۶/۸۴	۲۷/۳۷	۲۲/۶۳	۱۱/۳۲	۵	۲/۶۳

منبع: نگارندگان (نتایج تجزیه و تحلیل پرسشنامه‌ها، ۱۳۹۱)

شغل، درآمد و وضعیت اقتصادی جامعه مورد مطالعه

امروزه بین موقعیت اجتماعی-اقتصادی و ابعاد مختلف سلامت افراد، رابطه محکمی برقرار است (زولاس و دیگران، ۲۰۰۷: ۱۶۸)؛ به‌طوری‌که مواردی مانند تحصیلات، شغل و درآمد، از جمله عوامل مهمی است که موجب استفاده از رژیم غذایی مناسب، امنیت غذایی و درنهایت، سلامت روح و جسم افراد می‌شود. در این زمینه، نتایج پژوهش در منطقه‌های چهارگانه قم نشان می‌دهد میان منطقه‌های مختلف قم، تفاوت معناداری در زمینه منطقه سکونت، وضعیت تحصیلی، شغلی، درآمدی و درنهایت، ارتباط آن‌ها با کیفیت تغذیه و امنیت غذایی ساکنان وجود دارد. سرپرست‌های خانوار منطقه ۲

که به‌طور عمده شهروندان مهاجرنشین هستند، با توجه به وضعیت فقر عمومی در این منطقه، اغلب مشاغل یدی، تحصیلات و درآمد پایین‌تر دارند. بدین ترتیب، ۱۶/۳۱ درصد از سرپرست‌های خانوار در این منطقه بیکار، ۳۱/۲۷ درصد کارگر و ۶/۵۸ درصد نیز کارمندان دولتی هستند. ساکنان منطقه ۱ در مقایسه با سایر مناطق، بیشترین افراد بومی و وضعیت تحصیلی مناسب‌تری دارند و وضعیت شغلی‌شان نیز بهتر از سرپرست‌های خانوار در سایر مناطق است؛ به‌طوری‌که ۵/۲۶ درصد از سرپرست‌های خانوار بیکار، ۹/۲۱ درصد کارگر، ۳/۰۵ درصد از کارافتاده و ۲۷/۳۷ درصد نیز کارمند عادی یا عالی‌رتبه‌اند. همچنین ۶/۰۵ درصد سرپرست خانوار در منطقه ۳ را افراد بیکار، ۱۶/۰۵ درصد را کارگران و ۱۲/۶۳ درصد را کارمندان تشکیل می‌دهند. در منطقه ۴ نیز ۲/۳۷ درصد از سرپرست‌های خانوار بیکار، ۶/۸۴ درصد کارگر و ۲۲/۴۲ درصد کارمند عادی یا عالی‌رتبه‌اند. از آنجا که میزان درآمد، ارتباط مستقیمی با وضعیت شغلی دارد و مهم‌ترین شاخص برای بیان موقعیت اجتماعی-اقتصادی افراد است، به بررسی وضعیت درآمدی سرپرست‌های خانوار در مناطق چهارگانه قم می‌پردازیم.

بررسی آثار طرح هدفمندی یارانه‌ها بر وضعیت اقتصادی جامعه مورد مطالعه

در این مرحله از پژوهش، یکی از مهم‌ترین بخش‌ها، یعنی آثار هدفمندی یارانه‌ها بر وضعیت اقتصادی جامعه مورد مطالعه بررسی می‌شود و میزان رضایت شهروندان از اجرای این طرح و تأثیرهای مثبت یا منفی آن بر اقتصاد خانوار مشخص می‌شود.

جدول ۴. میزان درآمد ماهیانه افراد مورد مطالعه

منطقه ۱								میزان درآمد سرپرست (براساس هزار تومان)
بیش از ۱ میلیون	۵۰۰ تا ۱ میلیون	بیش از ۵۰۰	۴۰۰-۵۰۰	۳۰۰-۴۰۰	۲۰۰-۳۰۰	۱۰۰-۲۰۰	کمتر از ۱۰۰	
۱۸	۱۹	۹۲	۷۰	۸۷	۱۴	۴۲	۳۸	تعداد
۴/۷۳	۵	۲۴/۲۱	۱۸/۴۲	۲۲/۹	۳/۶۹	۱۱/۰۵	۱۰	درصد
منطقه ۲								
-	۴	۱۲	۳۸	۹۵	۱۸۳	۴۶	۲	تعداد
-	۱/۰۵	۳/۱۶	۱۰	۲۵	۴۸/۱۶	۱۲/۱	۰/۵۳	درصد
منطقه ۳								
۱۱	۲۰	۲۷	۹۹	۹۶	۴۲	۴۶	۳۹	تعداد
۲/۹	۵/۲۶	۷/۱	۲۶/۰۵	۲۵/۲۷	۱۱/۰۵	۱۲/۱	۱۰/۲۷	درصد
منطقه ۴								
۸	۸	۷۱	۱۹۴	۶۱	۲۰	۱۲	۶	تعداد
۲/۱	۲/۱	۱۸/۶۹	۵۱/۰۵	۱۶/۰۵	۵/۲۷	۳/۱۶	۱/۵۸	درصد

منبع: نگارندگان (نتایج تجزیه و تحلیل پرسشنامه‌ها، ۱۳۹۱)

جدول ۵. نگرش شهروندان به اجرای طرح هدفمندی یارانه‌ها و تأثیرهای اقتصادی آن

با فلسفه و اهداف اجرای طرح هدفمندی یارانه‌ها موافقم.

مناطق مورد مطالعه	تعداد		درصد		تعداد		درصد	
	کاملاً موافقم	مخالفم	مخالفم	کاملاً مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	میانگین کل مناطق
منطقه ۱	۲۸۷	۷۵/۵۲	۳۴	۸/۹۴	۴۹	۱۲/۹	۴	۱/۰۵
منطقه ۲	۲۲۲	۵۸/۴۲	۴۰	۱۰/۵۲	۷۷	۲۰/۲۶	۱۰	۲/۶
منطقه ۳	۱۹۸	۵۲/۱	۵۹	۱۵/۵۲	۶۷	۱۷/۶۳	۱۷	۴/۴۷
منطقه ۴	۲۰۹	۵۵	۲۷	۷/۱	۸۲	۲۱/۵۷	۲۱	۵/۵۲
میانگین کل مناطق	۶۰/۲۶	۱۰/۵۲	۱۸/۰۹	۷/۷	۴/۰۷			
پس از اجرای طرح هدفمندی یارانه‌ها، شرایط شغلی من و آشنایانم بهتر شده است.								
منطقه ۱	۱۲	۳/۱۵	۲۷	۷/۱۰	۳۸	۱۰	۱۲۱	۳۱/۸۴
منطقه ۲	۲۹	۷/۶	۴۷	۱۲/۳۶	۴۰	۱۰/۵۲	۱۲۹	۳۳/۹۴
منطقه ۳	۴۷	۱۲/۴	۹	۲/۴	۵۵	۱۴/۵	۱۳۰	۳۴/۲
منطقه ۴	۳۱	۸/۱۵	۴۰	۱۰/۵۲	۳۳	۸/۶۸	۹۵	۲۵
میانگین کل مناطق	۷/۸۲	۸/۰۹	۱۰/۹۲	۴۲/۵۶	۳۱/۹			

ادامه جدول ۵. نگرش شهروندان به اجرای طرح هدفمندی یارانه‌ها و تأثیرهای اقتصادی آن

با اجرای طرح هدفمندی یارانه‌ها، وضعیت درآمدی من و آشنایانم بهتر شده است.										
منطقه ۱	۲۷	۷/۱	۴۱	۱۰/۷۸	۴۰	۱۰/۵۲	۱۵۷	۴۱/۳	۱۱۵	۳۰/۲۶
منطقه ۲	۳۸	۱۰	۲۹	۷/۶۳	۳۰	۷/۹	۱۷۰	۴۴/۷۳	۱۱۳	۲۹/۷۳
منطقه ۳	۴۷	۱۲/۶۳	۳۸	۱۰	۴۱	۱۰/۸	۱۳۳	۳۵	۱۲۱	۳۱/۸۴
منطقه ۴	۳۹	۱۰/۲۶	۵۰	۱۳/۱۵	۳۸	۱۰	۱۱۲	۲۹/۴۷	۱۴۱	۳۷/۱
میانگین کل مناطق	۹/۹		۱۰/۴		۹/۸		۳۷/۶۳		۳۲/۲۳	
هم‌اکنون با ادامه روند طرح هدفمندی موافقم و معتقدم وضعیت اقتصادی‌ام مناسب (تر) می‌شود.										
منطقه ۱	۴۰	۱۰/۵۲	۲۲	۲/۷	۲۷	۷/۱	۱۸۷	۴۹/۲	۱۰۴	۲۷/۳۶
منطقه ۲	۱۷	۴/۴۷	۳۰	۷/۹	۳۳	۸/۶۸	۱۶۹	۴۴/۴۷	۱۳۱	۳۴/۴۷
منطقه ۳	۱۱	۲/۹	۲۸	۷/۳۶	۳۳	۸/۶۸	۱۰۱	۲۶/۵۷	۲۰۷	۲۴/۴۷
منطقه ۴	۲۷	۷/۱	۱۹	۵	۴۱	۱۰/۷۸	۱۷۷	۴۶/۵۷	۱۱۶	۳۰/۵۲
میانگین کل مناطق	۶/۲۵		۶/۵		۸/۸		۴۱/۷		۳۶/۷	
در مجموع، با اجرای طرح هدفمندی یارانه‌ها، وضعیت معیشتی خانواده وضعیت مناسب‌تری دارد.										
منطقه ۱	۳۲	۸/۴۲	۱۷	۴/۴۷	۴۲	۱۱	۱۱۰	۲۷/۳۶	۱۸۵	۴۸/۷
منطقه ۲	۱۷	۴/۴۷	۲۲	۵/۷۸	۳۸	۱۰	۹۸	۲۵/۷۸	۲۰۵	۵۳/۹۴
منطقه ۳	۱۵	۳/۹	۱۹	۵	۴۰	۱۰/۵	۷۷	۲۰/۲۶	۲۲۹	۶۰/۲۶
منطقه ۴	۲۸	۷/۳۶	۲۵	۶/۵۷	۳۳	۸/۶۸	۸۱	۲۱/۳	۲۱۳	۲۶/۰۵
میانگین کل مناطق	۶/۰۵		۵/۴۶		۱۰/۰۶		۲۳/۶۸		۵۴/۷۳	

منبع: نگارندگان (نتایج تجزیه و تحلیل پرسشنامه‌ها، ۱۳۹۱)

نتایج جدول ۵ را می‌توان از چند بعد مطالعه و تحلیل کرد. اولین بعد در این زمینه، نظر شهروندان در مورد فلسفه و اهداف اجرای طرح هدفمندی یارانه‌هاست. همان‌گونه که در جدول ۵ مشخص شد، بیش از ۷۰ درصد شهروندان قم با فلسفه اجرای این طرح موافق‌اند؛ زیرا ایجاد و استقرار نظام عدالت اجتماعی، به معنای تقسیم بیت‌المال به صورت مساوی برای تمام اقشار جامعه، اصلاح ساختار تولید و اصلاح ساختار اقتصاد کشور است. با توجه به مندرجات جدول بالا، مسئله‌ای که از دید نگارندگان و همچنین بسیاری از اقتصاددانان و جامعه‌شناسان مهم قلمداد می‌شود، تأثیر اجرای این طرح بر وضعیت شغلی شهروندان است. در این زمینه، نتایج نشان می‌دهد برخلاف تمام حمایت‌ها و علاقه‌مندی‌ها در زمینه فلسفه و اهداف اجرای این طرح، بیش از ۷۴ درصد از شهروندان این کلان‌شهر معتقدند پس از اجرای طرح هدفمندی یارانه‌ها، شرایط شغلی آن‌ها و آشنایانشان روبه‌تزلزل بوده است و با توجه به روند تورمی موجود- که بخشی از آن به دلیل تزریق پول فراوان برای کمک نقدی به مردم است، آن‌ها بسیاری اوقات با آسیب‌ها و ضررهای مالی جدی مواجه شده‌اند. نتایج بخش دیگری از این نظرسنجی- که ارتباطی محکم با بخش قبلی دارد- مقوله تأثیر اجرای این طرح بر وضعیت درآمدی شهروندان است. در این زمینه، بسیاری از شهروندان معتقدند طرح هدفمندی یارانه‌ها، به علت ایجاد شرایط تورمی و ضعف حمایت از بخش صنعت و انرژی، شرایط شغلی آن‌ها و آشنایانشان را متزلزل کرده است؛ به طوری که بعضی از کارخانه‌ها و کارگاه‌های صنعتی اطراف قم (شهرک شکوهیه و...) که کارگران زیادی داشتند- به علت افزایش هزینه‌های اولیه و مواد خام تعطیل شده‌اند، در حال تعطیلی هستند یا بسیاری از کارگزارانشان را اخراج کرده‌اند. واضح است این وضعیت به افت منابع درآمدی شهروندان و در نهایت، کاهش کیفیت زندگی و سلامت زیست آن‌ها منجر می‌شود. از این رو، می‌توان گفت ارتباطی قوی میان وضعیت شغلی افراد و تغییرهای آن با میزان درآمد و در نهایت، کیفیت زندگی افراد وجود دارد. در این زمینه، حدود ۷۰ درصد از جامعه مورد مطالعه، تأثیرهای اجرای طرح را بر روند درآمد، منفی ارزیابی کردند. مصاحبه‌ها نشان می‌دهد شاغلان در بخش‌هایی مانند لوازم یدکی خودرو، مسکن، مصالح‌فروشی، کوره‌های مربوط به ساخت مسکن، نانویان، تعمیرگاه‌های خودرو، یخچال، کولر، حتی مواردی مانند دندان‌پزشکی (به علت افزایش بسیار هزینه‌های مواد اولیه پزشکی و...) بیشترین زیان را دیده‌اند. در بخش دیگری از این مطالعه، از مردم پرسیده شد آیا اکنون با ادامه روند طرح هدفمندی موافق‌اید یا خیر؟ پاسخ جامعه مورد مطالعه- که در واقع با توجه به پرسش‌ها و پاسخ‌های پیشین قابل پیش‌بینی بود- نشان می‌دهد بیش از ۷۵ درصد از شهروندان قم با

ادامه روند فعلی و موج شدید تورمی آن موافق نیستند. در نتیجه، به طور خلاصه می‌توان گفت توزیع عادلانه (هدفمندی) یارانه‌ها، با وجود اهداف متعالی و مقدس، ضعف‌های آشکاری به‌ویژه به لحاظ تورمزایی دارد که در نهایت بر زندگی مردم، به‌ویژه اقشار ضعیف و آسیب‌پذیر جامعه بیش از گذشته فشار آورده است. در ادامه، با توجه به هدف اصلی پژوهش، تأثیرهای اجرای این طرح بر سلامت تغذیه و امنیت غذایی، به‌عنوان یکی از شاخص‌های سلامت شهری در مناطق چهارگانه قم بررسی می‌شود.

بررسی وضعیت میزان مصرف گوشت، شیر، میوه و سبزی بین شهروندان مناطق چهارگانه قم

جدول ۶. میزان مصرف گوشت، شیر، میوه و سبزی در میان شهروندان مناطق ۲ و ۴

میزان مصرف گوشت هفتگی خانوار (کیلوگرم)						
ساکنان منطقه ۲			ساکنان منطقه ۴			وضعیت
فراوانی	درصد	درصد تراکمی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی	
۷۰	۲۷/۴	۲۷/۴	۴۲	۱۱/۰۲	۱۱/۰۲	۰
۱۰۴	۱۸/۴	۴۵/۸	۱۴۳	۲۴/۴۷	۳۵/۵	۰/۵ کیلوگرم
۱۵۰	۳۹/۱	۸۶/۶	۵۴	۱۱/۵	۴۷	۰/۵ تا ۱ کیلوگرم
۴۶	۱۲/۵	۹۷/۴	۱۱۴	۳۰	۷۷	۱ تا ۲ کیلوگرم
۶	۱/۵	۹۸/۷	۱۲	۱۶/۳۱	۹۳/۵	۲ تا ۳ کیلوگرم
۴	۱/۲	۰/۱۰۰	۱۵	۶/۵۷	۱۰۰	بیش از ۳ کیلوگرم
۳۸۰	۰/۱۰۰	-	۳۸۰	-	-	مجموع
سرنانه مصرف روزانه شیر خانوار (به لیوان)						
ساکنان منطقه ۲			ساکنان منطقه ۴			وضعیت
فراوانی	درصد	درصد تراکمی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی	
۹۴	۲۴/۷	۲۴/۷	۳۶	۹/۴۲	۹/۴۲	۰ لیوان
۲۰۱	۵۲/۸	۷۷/۵	۸۹	۲۳/۴۲	۳۲/۸	۱ لیوان
۴۱	۱۱/۳	۸۸/۹	۱۲۰	۳۱/۵۷	۶۴/۵	۲ لیوان
۴۳	۱۱/۱	۰/۱۰۰	۸۸	۲۳/۱۵	۸۷/۶	۳ لیوان
-	-	-	۴۷	۱۲/۵	۱۰۰	بیش از ۳ لیوان
۳۸۰	۰/۱۰۰	-	۳۸۰	-	-	مجموع
میزان مصرف روزانه میوه و سبزیجات خانوار (کیلوگرم)						
ساکنان منطقه ۲			ساکنان منطقه ۴			وضعیت
فراوانی	درصد	درصد تراکمی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی	
۵۱	۱۸/۴	۱۸/۴	۵۷	۱۵	۱۵	۰/۵ کیلوگرم
۶۸	۱۲/۷	۳۲/۱	۲۶	۶/۸۴	۲۱/۸۴	۰/۵ تا ۱ کیلوگرم
۲۴۴	۶۴/۴	۹۵/۵	۱۱۷	۳۰/۷۸	۵۲/۷	۱ تا ۲ کیلوگرم
۵	۱/۳	۹۶/۸	۱۲۹	۳۳/۹۴	۸۵/۹	۲ تا ۳ کیلوگرم
۱۲	۳/۲	۰/۱۰۰	۵۱	۱۳/۴۲	۱۰۰	بیشتر از ۳ کیلوگرم
۳۸۰	۰/۱۰۰	-	۳۸۰	-	-	مجموع

منبع: نگارندگان (تحلیل پرسشنامه‌ها، ۱۳۹۱)

گوشت منبع اصلی تأمین پروتئین مورد نیاز بدن انسان است (عزیزی، ۱۳۸۵: ۱۰) و پژوهش حاضر نشان می‌دهد در میان خانوارهای شهری در سال‌های مختلف، هزینه گوشت بیشترین سهم را در بین هزینه‌های خوراکی دارد

(امیراحمدی، ۱۳۷۱: ۲۳) که این امر گویای ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه است. نتیجه مطالعه در این حوزه (جدول ۶) نشان می‌دهد ۶۹ درصد از شهروندان منطقه ۴ با توجه به وضعیت مناسب اقتصادی- فرهنگی، برنامه غذایی مناسبی برای حفظ سلامتی خود و خانواده‌شان دارند و سعی می‌کنند همواره مصرف مواد غذایی مناسب را در برنامه غذایی خود قرار دهند. پاسخ سرپرست‌های خانوار در میان منطقه ۴ (به‌طور عمده شهروندان مهاجر) در این زمینه تأمل‌برانگیز است؛ زیرا بیش از ۵۰ درصد از سرپرست‌های خانوار در میان این گروه، با توجه به وضعیت مناسب تحصیلی و شغلی، از برنامه غذایی مناسب و ضامن سلامتی آگاه بودند، اما به ضعف‌ها و مشکل‌های اقتصادی‌شان، به‌عنوان مانع اصلی در تحقق اهداف تغذیه‌ای خود و خانواده‌شان اشاره می‌کردند. بدین ترتیب، ۷۴/۵ درصد از این افراد، هنگام بروز بیماری خوددرمانی می‌کنند و به‌علت مشکل‌های اقتصادی نمی‌توانند به مراکز پزشکی و درمانی مراجعه کنند. در این زمینه، جدول ۶ گویای این مسئله است که بیش از ۲۷ درصد از ساکنان منطقه ۲ و ۱۱ درصد از ساکنان منطقه ۴، هیچ‌گونه دسترسی‌ای به مهم‌ترین منبع تأمین پروتئین (گوشت) ندارند. وضعیت اقتصادی خانوار، تأثیری مستقیم بر ایجاد این شرایط دارد. درآمد، از مهم‌ترین شاخص‌ها برای بیان میزان سلامت تغذیه‌ای افراد است و با توجه به درآمد نامناسب اغلب ساکنان مهاجر شهر، به‌ویژه در منطقه ۲، در زمینه استفاده از گوشت وضعیت بسیار نامناسبی دارند. درآمدها، برای دریافت میزان پروتئین از مقدار گوشت مصرفی، روش زیر به کار رفته است. امروزه می‌دانیم هر ۱۰۰ گرم گوشت، ۱۸ گرم پروتئین دارد. براین اساس، با محاسبه‌هایی که در ادامه انجام می‌شود (فرید، ۱۳۸۱: ۹۲) بهتر می‌توان به وضعیت سرانه استاندارد مصرف گوشت و پروتئین در محله پی برد و وضعیت دسترسی اهالی منطقه‌های چهارگانه شهر به پروتئین مورد نیاز بدن را سنجید. البته در فرمول زیر، مقدار گوشت مورد نیاز برای داشتن یک زندگی سالم از بعد تغذیه‌ای، به‌شکل روزانه بررسی شد که می‌توان با تقسیم پاسخ سرپرست‌های خانوار در زمینه مقدار مصرف منابع گوشتی بر عدد ۶ (بالاترین میزان تراکم خانوار در منطقه ۲) و عدد ۴ (بالاترین میزان تراکم خانوار در منطقه ۴) مقدار مصرف گوشت روزانه ساکنان را محاسبه کرد.

$$(۱) \quad ۷۰ \text{ کیلوگرم (متوسط وزن ساکنان)}$$

پروتئین مورد نیاز ۷۰ گرم (به‌ازای هر یک کیلو وزن فرد، مصرف روزانه یک گرم پروتئین ضروری است)

$$۱۸ \text{ گرم پروتئین} = \text{هر } ۱۰۰ \text{ گرم گوشت}$$

$$X = ۷۰$$

در محاسبه وضعیت مصرف گوشت در میان شهروندان و نیز با توجه به فرمول بالا مشخص شد برای هر فرد که به‌طور میانگین ۷۰ کیلوگرم وزن (وزن تقریبی سرپرست‌های خانوار) دارد، مصرف روزانه ۳۸۸ گرم گوشت لازم است تا به ۷۰ گرم پروتئین - که شاخصی برای تغذیه سالم و کیفیت بهتر زندگی است - دست یابد، اما همان‌گونه که از جدول ۶ پیداست، ساکنان منطقه ۲ به‌طور متوسط، روزانه ۰/۵۶۵ گرم گوشت مصرف می‌کنند که نشان می‌دهد شرایط دسترسی ساکنان این منطقه - که اغلب مهاجرند - به تغذیه سالم، به‌ویژه از بعد دسترسی به پروتئین، بحرانی است. این وضعیت در میان شهروندان منطقه ۴، بیش از ۱۱۰ گرم در روز است که وضعیت تقریباً مناسب ساکنان منطقه ۴ را نشان می‌دهد. همچنین، همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد، وضعیت مصرف شیر، میوه و سبزیجات - که بر سلامتی و ارتقای عملکرد زندگی افراد بسیار اثرگذار است - در منطقه ۴ مناسب‌تر از منطقه ۲ است و حتی سطح استاندارد ایران را دارد. در قسمت دیگری از نتایج پرسشنامه مشخص شد به‌ترتیب، ۱۹/۲ و ۱۷/۲ درصد از ساکنان مناطق ۱ و ۳، به گوشت دسترسی ندارند. همچنین با در نظر داشتن مراحل فرمول بالا برای دو منطقه دیگر مشخص می‌شود که ساکنان مناطق ۱ و ۳، به لحاظ دسترسی به گوشت به‌عنوان اساسی‌ترین منبع پروتئین، وضعیت بدتری دارند. در این زمینه، همان‌طور که از جدول ۷ نیز پیداست، شهروندان منطقه ۱ روزانه به‌طور متوسط ۰/۴۸۹ گرم گوشت مصرف می‌کنند که شرایط واقعاً نامناسب ساکنان این منطقه را از بعد تغذیه سالم (دسترسی به پروتئین) نشان می‌دهد؛ درحالی‌که مطابق استاندارد سازمان جهانی خواربار (فائو)، هر فرد روزانه باید ۲۱ گرم پروتئین حیوانی مصرف کند تا سالم باشد. همچنین نتایج بررسی‌ها از منطقه ۳،

نتایج مطلوبی ندارد. ساکنان این منطقه نیز روزانه به‌طور متوسط ۰/۵۱۷ گرم گوشت مصرف می‌کنند که این رقم نیز بیانگر وضعیت نامناسب منطقه به‌لحاظ تغذیه سالم به‌ویژه دسترسی به گوشت است.

جدول ۷. میزان مصرف گوشت، شیر، میوه و سبزی در میان شهروندان مناطق ۱ و ۳

میزان مصرف هفتگی گوشت در خانوار (کیلوگرم)						
ساکنان منطقه ۳			ساکنان منطقه ۱			
وضعیت	فراوانی	درصد	درصد تراکمی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
۰	۷۳	۱۹/۲	۱۹/۲	۶۸	۱۷/۹	۱۷/۹
۰/۵ کیلوگرم	۱۱۸	۳۱/۰۵	۵۰/۲	۱۳۳	۳۵	۵۲/۹
۰/۵ تا ۱ کیلوگرم	۱۶۶	۴۳/۹	۹۴/۱	۱۲۳	۳۲/۳۶	۸۵/۳
۱ تا ۲ کیلوگرم	۱۳	۳/۴	۹۷/۵	۳۷	۹/۷	۹۵
۲ تا ۳ کیلوگرم	۷	۱/۸۵	۹۹/۳	۱۲	۳/۱	۹۸/۱
بیش از ۳ کیلوگرم	۳	۰/۰۷	۱۰۰	۷	۱/۸۴	۱۰۰
مجموع	۳۸۰	۱۰۰	-	۳۸۰	۱۰۰	-
سرانه مصرف روزانه شیر در خانوار (به لیوان)						
ساکنان منطقه ۳			ساکنان منطقه ۱			
وضعیت	فراوانی	درصد	درصد تراکمی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
۰ لیوان	۱۲۲	۳۲/۱	۳۲/۱	۱۱۳	۲۹/۷	۲۹/۷
۱ لیوان	۱۴۷	۳۸/۷	۷۰/۸	۲۰۱	۵۲/۹	۸۲/۶
۲ لیوان	۸۹	۲۳/۴	۹۴/۲	۵۲	۱۳/۷	۹۷/۳
۳ لیوان	۲۲	۵/۸	۱۰۰	۱۴	۳/۶	۱۰۰
بیش از ۳ لیوان	-	-	-	-	-	-
مجموع	۳۸۰	۱۰۰	-	۳۸۰	۱۰۰	-
میزان مصرف روزانه میوه و سبزیجات در خانوار (کیلوگرم)						
ساکنان منطقه ۳			ساکنان منطقه ۱			
وضعیت	فراوانی	درصد	درصد تراکمی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
۰/۵ کیلوگرم	۱۸۱	۴۷/۶	۴۷/۶	۱۲۴	۳۲/۶	۳۲/۶
۰/۵ تا ۱ کیلوگرم	۱۱۲	۲۹/۵	۷۷/۱	۱۷۹	۴۷/۱	۷۹/۷
۱ تا ۲ کیلوگرم	۵۸	۱۵/۳	۹۲/۴	۴۳	۱۱/۳	۹۱/۱
۲ تا ۳ کیلوگرم	۲۴	۶/۳	۹۸/۷	۲۸	۷/۴	۹۸/۴
بیشتر از ۳ کیلوگرم	۵	۱/۳	۱۰۰	۶	۱/۶	۱۰۰
مجموع	۳۸۰	۱۰۰	-	۳۸۰	۱۰۰	-

منبع: نگارندگان (تحلیل پرسشنامه‌ها، ۱۳۹۱)

بررسی وضعیت مصرف شیر در منطقه‌های چهارگانه قم

میزان مصرف روزانه شیر و فرآورده‌های لبنی در یک کشور، نشانگر اوضاع اجتماعی و بیانگر سلامت نیروی انسانی آن جامعه است (پرمه، ۱۳۸۴: ۲۶). با توجه به ارزش غذایی شیر و سایر فرآورده‌های جانبی آن، توسعه کمی و کیفی این بخش از صنعت بسیار ضروری است. در این بخش، برای نمونه فرایند میزان مصرف سالانه شیر، تنها در منطقه ۲ بیان می‌شود و سپس با توجه به روند محاسبه‌ها در این منطقه، در جدول ۸ به نتایج محاسبه مصرف سالانه شیر در این کلان‌شهر و مقایسه آن با جهان و بعضی مناطق دیگر اشاره می‌شود. مطالعه پاسخ‌های سرپرست‌های خانوار نشان

می‌دهد مجموع جامعه آماری (۳۸۰ خانوار در هر منطقه و در این قسمت، منطقه ۲)، روزانه به‌طور متوسط ۴۱۲ لیوان شیر مصرف می‌کنند. تقسیم این عدد بر تعداد افراد خانوار نشان می‌دهد هر فرد به‌طور روزانه متوسط ۱/۰۸ لیوان شیر می‌نوشد. با ضرب این عدد در تعداد روزهای سال، عدد ۳۹۵/۷ به‌دست می‌آید؛ یعنی در منطقه ۲، هر فرد سالانه به‌طور متوسط ۳۶۵/۷ لیوان شیر مصرف می‌کند. محاسبه‌های ساده در این زمینه نشان می‌دهد هر لیوان ۲۲۳ گرم شیر در خود جای می‌دهد که با ضرب این عدد در ۴۱۲ (تعداد لیوان مصرفی شیر به‌ازای هر نفر در محل)، عدد ۹۱۸۷۶ به‌دست آمد؛ یعنی در منطقه ۲، هر فرد سالانه به‌طور متوسط ۹۱۸۷۶ گرم یا به‌عبارتی ۹۱/۸۷۶ کیلوگرم شیر مصرف می‌کند. حال در جدول ۸ به نتایج محاسبه سایر مناطق و مقایسه آن با بعضی نقاط پرداخته می‌شود.

جدول ۸. مقایسه متوسط سرانه مصرف شیر در بعضی از نقاط جهان

ردیف	متوسط سرانه مصرف سالانه شیر در مناطق مختلف جهان در قیاس با مناطق مورد مطالعه (کیلوگرم)	منطقه
۱	۱۹۰	جهان
۲	۴۰۰	اروپا
۳	۳۰۰	آمریکا
۴	۹۰	ایران
۵	۸۳/۷۵	منطقه ۱ قم
۶	۹۱/۸۷	منطقه ۲ قم
۷	۷۴/۳۲	منطقه ۳ قم
۸	۱۵۷/۲۲	منطقه ۴ قم

منبع: www.pezeskh.us; نگارندگان (تحلیل پرسشنامه‌ها، ۱۳۹۱)

جدول ۹. روند قیمت شیر خام در سال‌های ۱۳۷۷-۱۳۸۳

شرح	قیمت خرید در کارخانه	شاخص قیمت شیر	قیمت بازاری (در منزل)	قیمت یارانه‌ای	درصد یارانه دریافتی هر واحد شیر توسط مصرف‌کنندگان
۱۳۷۷	۹۴۰	۱۰۰	۵۸۰	۶۰۰	۵۶
۱۳۷۸	۱۱۳۰	۱۲۰/۲	۵۸۰	۶۰۰	۸۸/۳
۱۳۷۹	۱۳۰۰	۱۳۸/۳	۹۴۰	۱۰۰۰	۳۰
۱۳۸۰	۱۴۹۰	۱۵۸/۵	۱۰۳۴	۱۱۰۰	۳۵/۵
۱۳۸۱	۱۶۸۰	۱۷۸/۷	۱۱۳۰	۱۲۰۰	۴۸/۷
۱۳۸۲	۸۹۸	۲۰۱/۹	۲۷۰	۱۳۵۰	۴۹/۴
۱۳۸۳	۲۲۰۰	۳۳۴	۱۳۹۰	۱۵۰۰	۴۶/۷

منبع: دفتر آمار و اطلاعات معاونت برنامه ریزی و امور مجلس جهاد سازندگی در آیینۀ آمار، ۱۳۸۳

براساس پژوهش‌های مختلف، میزان استاندارد مصرف شیر را ۲/۵ تا ۳ لیوان در روز پیشنهاد شده است که میزان استاندارد آن در سال، تقریباً ۱۰۲۲ لیوان یا ۲۲۸ کیلوگرم است (مهدی، ۱۳۹۰: ۱۵۵)؛ درحالی‌که مصرف متوسط آن در ایران بسیار پایین (تنها ۹۰ کیلوگرم در سال) است. این رقم در سه منطقه از مناطق چهارگانه کلان‌شهر قم نیز بسیار پایین است و فقط در صورت صحت گفتار جامعه مورد مطالعه در منطقه ۴، در وضعیت تقریباً مناسبی یعنی ۱۵۷/۲۲ کیلوگرم در سال به‌ازای هر فرد است؛ هرچند این رقم نیز هنوز با متوسط استانداردهای جهانی فاصله دارد و باید در سال‌ها و برنامه‌های آتی، برای رفع آن اقدام شود. جدول ۹ روند قیمت شیر خام را در سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۳ نشان می‌دهد که از ۹۴۰ ریال به‌ازای هر لیتر به ۲۲۰۰ ریال افزایش یافته است. این امر نشان می‌دهد میزان رشد قیمت خرید شیر، به‌طور متوسط ۱۵۷/۲۳ درصد بوده است.

بررسی وضعیت مصرف میوه و سبزیجات در میان جامعه آماری

در سومین قسمت از این بخش مشاهده می‌شود میزان مصرف میوه و سبزیجات در میان ساکنان مناطق چهارگانه قم، شرایط مناسبی ندارد. با توجه به اینکه میوه و سبزیجات، یکی از مهم‌ترین گروه‌های مواد غذایی تأثیرگذار بر سلامت افراد است، نتایج نشان می‌دهد اغلب ساکنان شهر از این نظر نیز شرایط مناسبی ندارند؛ به‌طوری‌که بیشترین پاسخگویان،

میزان مصرف انواع میوه و سبزیجات را در گروه اول یعنی ۰/۵ کیلوگرم در روز یا حتی کمتر از آن عنوان می‌کردند. مسئله‌ای که افراد در زمینه وضعیت نامناسب مصرف میوه، سبزیجات، گوشت و... به آن اشاره می‌کردند، واقعیتی بود که با وضعیت اقتصادی اجتماعی چندساله اخیر کشور- یعنی تورم و شرایط سخت زندگی، به‌ویژه برای اقشار کم‌درآمد- ارتباطی تنگاتنگ دارد؛ موضوعی که امروزه بر هیچ‌کس از جمله مردم عادی، پژوهشگران، متخصصان امور اقتصادی و اجتماعی، سیاستمداران و... پوشیده نیست. بسیاری از این افراد، طرح هدفمندی یارانه‌ها را نه تنها تقویت‌کننده ساختار و کیفیت زندگی خود نمی‌دانند، بلکه یکی از مهم‌ترین علل وضعیت نابهنجار تغذیه‌ای خود و خانواده خود (در کنار مسائلی مانند هزینه‌های بسیار زیاد مسکن و پوشاک، افزایش سن ازدواج جوانان، بیکاری، درآمد نامناسب و...) را اجرای نادرست و تورمزای این طرح می‌دانند و حتی بسیاری از آن‌ها نیز خواستار بازگشت به وضعیت اقتصادی و معیشتی دوران پیش از اجرای این طرح بودند.

بررسی میزان احساس امنیت غذایی در میان ساکنان

در جامعه ایران دو گروه هستند که دسترسی کاملی به امنیت غذایی ندارند: ۱. کسانی که به‌علت بضاعت مالی توانایی تهیه مواد غذایی سالم و مقوی ندارند، ۲. افرادی که برخلاف توانایی مالی، مواد غذایی را درست مصرف نمی‌کنند که در این منطقه هر دو گروه زندگی می‌کنند (حاتمی‌نژاد و دیگران، ۱۳۹۲: ۶۷-۶۸). در مراحل پایانی پرسشنامه، پرسشی با این مضمون مطرح شد که با توجه به سیاست‌های اقتصادی و طرح هدفمندی یارانه‌ها، وضعیت اقتصادی، درآمدی و نیز دانش خود را در زمینه اصول تغذیه سالم، میزان امنیت غذایی خود و خانواده خود چگونه ارزیابی می‌کنید. پاسخ‌ها در جدول ۱۰ آمده است.

جدول ۱۰. احساس امنیت غذایی در میان ساکنان مناطق چهارگانه کلان‌شهر قم

میزان احساس امنیت غذایی در میان ساکنان مناطق چهارگانه کلان‌شهر قم												
منطقه ۱						منطقه ۲						
وضعیت	بسیار بالا	بالا	متوسط	پایین	بسیار پایین	مجموع	بسیار بالا	بالا	متوسط	پایین	بسیار پایین	مجموع
فراوانی	۴۷	۴۱	۶۴	۱۲۷	۱۰۱	۳۸۰	۳۳	۵۲	۴۴	۹۹	۱۵۲	۳۸۰
درصد	۱۲/۴	۱۰/۷	۱۶/۸	۳۳/۴	۲۶/۶	۰/۱۰۰	۸/۷	۱۳/۷	۱۱/۶	۲۶	۴۰	۰/۱۰۰
درصد تراکمی	۱۲/۴	۲۳/۱	۳۹/۹	۷۳/۳	۱۰۰	-	۸/۷	۲۲/۴	۳۴	۶۰	۱۰۰	-
منطقه ۳						منطقه ۴						
وضعیت	بسیار بالا	بالا	متوسط	پایین	بسیار پایین	مجموع	بسیار بالا	بالا	متوسط	پایین	بسیار پایین	مجموع
فراوانی	۴۰	۶۳	۵۵	۹۸	۱۲۴	۳۸۰	۷۸	۸۱	۴۴	۷۹	۹۸	۳۸۰
درصد	۱۰/۵	۱۶/۳	۱۴/۵	۲۵/۹	۳۲/۶	۰/۱۰۰	۲۰/۵	۲۱/۳	۱۱/۶	۲۰/۸	۲۵/۸	۰/۱۰۰
درصد تراکمی	۱۰/۵	۲۶/۸	۴۱/۳	۶۷/۱	۱۰۰	-	۲۰/۵	۴۱/۸	۵۳/۲	۷۴/۱	۱۰۰	-

منبع: پرسشنامه، ۱۳۹۱

در این بخش سعی شد تا با استفاده از آزمون کروسکال والیس^۱ نشان داده شود که با توجه به داده‌های موجود، میزان احساس امنیت غذایی در میان مناطق چهارگانه متفاوت است یا خیر. مطابق جدول ۱۱، مقدار آزمون chi-square (۳۸/۹۷۵) در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنی‌دار است؛ بنابراین، به‌لحاظ آماری در میزان امنیت غذایی مناطق مختلف، تفاوت وجود دارد و فرضیه مورد نظر مبنی بر وجود تفاوت در میزان احساس امنیت غذایی در میان مناطق چهارگانه تأیید می‌شود.

تفاوت احساس امنیت غذایی در میان مناطق چهارگانه	chi-square آماره	درجه آزادی (df)	سطح معناداری (sig)
	۳۸/۹۷۵	۳	۰/۰۰۰

منبع: پرسشنامه، ۱۳۹۱

با توجه به اینکه فرضیه در این آزمون بدون جهت است، برای تفهیم بهتر موضوع می‌توان از جدول ۱۰ استفاده کرد. واضح است که سلامت، فقر و غذا به‌طور جدایی‌ناپذیری به یکدیگر پیوسته‌اند (هیل، ۱۳۸۷: ۱۲۴) و بروز هرگونه نقصی از جانب افراد و دولت در این زمینه، افراد را با حوادث ناگواری روبه‌رو می‌کند؛ حادثی که مولد بسیاری از آلام جانسوز اجتماعی- اقتصادی است (محلای، ۱۳۸۰: ۶۱۶). در این زمینه، جدول ۱۰ ضعف شدید احساس امنیت غذایی را در میان ساکنان کلان‌شهر قم نشان می‌دهد که البته این وضعیت در منطقه ۴ بهتر است. به‌یقین نتایج جدول ۱۰ را نمی‌توان جدا از وضعیت موجود اقتصادی^۵ اجتماعی و همچنین نتایج جدول‌های پیشین تحلیل کرد؛ یعنی درحال حاضر بسیاری از افراد مورد مطالعه در قم وضعیت اقتصادی و اجتماعی مناسبی برای خلق زندگی باکیفیت، به‌ویژه در زمینه استانداردهای تغذیه‌ای دارند. این وضعیت در زمینه دسترسی به تنوع و سلامت غذایی- که متضمن شادابی و رضایت از زندگی برای ساکنان است- ارتباط دقیقی با محتوای جدول‌های ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹ دارد که چگونگی تأثیر طرح هدفمندی یارانه‌ها و میزان رضایت شهروندان از آن در آن‌ها مشخص شد. اگرچه در کنار این جدول‌ها نمی‌توان تأثیر داده‌های جدول‌های ۳ و ۴ (مربوط به وضعیت درآمدی و تحصیلی سرپرست‌های خانوار) را نادیده گرفت. در این زمینه، همان‌طور که مشخص شد، به‌علت ضعف بنیان‌های فرهنگی، سطح پایین تحصیلات سرپرست خانوار در بعضی مناطق و نیز وجود بعضی مشاغل نامناسب که سطح درآمد پایینی نیز دارند، میزان احساس امنیت و دسترسی به تنوع غذایی مناسب (گوشت، شیر، میوه و سبزیجات) در میان جامعه آماری نیز پایین است. متأسفانه امروزه در تمام کشورهای جهان، به‌ویژه کشورهای فقیر، به‌علت فقر جامعه و با توجه به رابطه تنگاتنگ وضعیت اجتماعی- اقتصادی افراد با شرایط تغذیه‌ای (چاکربرتی و دیگران، ۲۰۰۹: ۴۷)، دهک‌های پایین جامعه که اقشار کم‌درآمدند، نمی‌توانند به‌اندازه کافی مواد انرژی‌زا و پروتئینی مصرف کنند و گرفتار سوءتغذیه شده‌اند. این مسئله به‌نوبه خود سبب ضعف جسمی- روانی برای این افراد و نسل‌های بعد و نیز خسارت به کل مجموعه و نهادهای مربوط به سلامت و بهداشت شهری خواهد شد. در زمینه تأثیر طرح هدفمندی یارانه‌ها بر روند کنونی تغذیه و امنیت غذایی شهروندان نیز بسیاری از ساکنان، سیر صعودی قیمت مواد غذایی به‌ویژه اقلام مورد مطالعه در این پژوهش را از عوامل اصلی ضعف امنیت غذایی و دسترسی آسان به منابع مهم و اصلی غذایی می‌دانند. در این قسمت، روند صعودی قیمت مواد غذایی و تأثیر آن بر سلامت زیست شهروندان از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ بررسی می‌شود که روزنامه جهان صنعت، با استناد به گزارش جدول‌های قیمت بانک مرکزی در سال ۱۳۸۹ ارائه کرده است.

جدول ۱۲. روند صعودی قیمت مواد غذایی (اصلی) از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹

ردیف	گروه/ کالا (واحد: کیلو، لیتر، شانه)	قیمت ۱۳۸۴	قیمت ۱۳۸۹	درصد مطلق افزایش
۱	شیر	۶۰۰۰	۰۰۰،۱۰	۶۶
۲	تخم‌مرغ	۹۲۰،۱۳	۸۱۰،۳۴	۱۵۰
۳	برنج	۹۴۰،۱۳	۴۹۰،۲۹	۱۱۱
۴	حبوبات	۴۴۰،۱۰	۶۸۰،۲۵	۱۴۵
۵	میوه‌های تازه	۱۶۵۰	۳۲۲۰	۹۵
۶	سبزی (انواع سبزیجات به‌طور متوسط)	-	-	۱۸۲
۷	گوشت (انواع گوشت به‌طور متوسط)	-	-	۱۹۹

منبع: روزنامه جهان صنعت، ۱۳۹۰، با استناد به گزارش جدول‌های قیمت بانک مرکزی

این گزارش‌ها نشان می‌دهد در این گروه از اقلام مصرفی خانواده‌ها، به‌طور متوسط شاهد افزایش ۱۲۵ درصدی اقلام مصرفی هستیم که به‌یقین با توجه به وضعیت موجود جامعه، موارد بسیار مهمی مانند مسکن، پوشاک، خودرو و حتی مسائلی مانند هزینه تجهیزیه و... نیز روند افزایش قیمتی بسیار بالایی دارد. بحث در این زمینه، پژوهش‌های عینی و

میدانی گسترده‌ای را می‌طلبد و خارج از موضوع این پژوهش است. در مجموع، با توجه به نتایج به‌ویژه در جدول‌های ۱۰ و ۱۱، در بخش پایانی پرسشنامه که با تمام مراحل پیشین ارتباط دارد، پرسشی در قالب طیف لیکرت به شرح جدول زیر مطرح شد که همراه با پاسخ‌ها آمده است (جدول ۱۳).

در تکمیل این بخش، از آزمون کای اسکوئر استفاده شد تا فرضیه «طرح هدفمندی یارانه‌ها بر وضعیت تغذیه و امنیت غذایی نقش داشته است» سنجیده شود. مطابق جدول ۱۴ مقدار کای اسکوئر ($X^2 = 10.11/368$) برابر با سطح معناداری ($sig: 0/000$) است. با توجه به این آمار، فرضیه مورد نظر با ۹۹ درصد اطمینان تأیید می‌شود، اما میانگین میزان تأثیر هدفمندی یارانه‌ها بر وضعیت تغذیه و امنیت غذایی (۱/۹۴ از ۵) نشان می‌دهد این میزان تأثیر، از حد متوسط (۳ از ۵) پایین‌تر است؛ به عبارت دیگر، این طرح اثر مثبتی بر وضعیت زندگی شهروندان نداشته است؛ به طوری که بیشتر شهروندان میزان تأثیر آن را در حد کم و خیلی کم بیان کردند.

جدول ۱۳. نظر شهروندان قمی در مورد تأثیر طرح هدفمندی یارانه‌ها بر وضعیت تغذیه و امنیت غذایی

اجرای طرح هدفمندی یارانه‌ها، بر وضعیت تغذیه خانواده‌ها به‌ویژه در زمینه ارقام غذایی اصلی (گوشت، شیر، میوه و سبزیجات) تأثیر داشته است.									
خیلی زیاد	درصد	زیاد	درصد	متوسط	درصد	کم	درصد	خیلی کم	درصد
۵۶	۳/۷	۴۴	۲/۹	۲۲۸	۱۵	۶۲۸	۴۱/۲	۵۶۴	۳۷/۲

منبع: پرسشنامه، ۱۳۹۱

جدول ۱۴. سنجش میزان تأثیرگذاری طرح هدفمندی یارانه‌ها بر وضعیت تغذیه و امنیت غذایی با استفاده از آزمون کای اسکوئر

اجرای طرح هدفمندی یارانه‌ها، بر وضعیت تغذیه خانواده‌ها به‌ویژه در زمینه ارقام غذایی اصلی (گوشت، شیر، میوه و سبزیجات) تأثیر داشته است.				
آماره χ^2	درجه آزادی	سطح معناداری	نتیجه	میانگین
۱۰۱۱/۳۶۸	۴	۰/۰۰۰	تأیید	۱/۹۴

منبع: پرسشنامه، ۱۳۹۱

نتیجه‌گیری

سلامت انسان، زیربنا و محور تمام پیشرفت‌ها و اصل مسلم توسعه پایدار به‌شمار می‌رود؛ بنابراین باید تلاش‌ها، برنامه‌ریزی‌ها، سرمایه‌گذاری‌ها و... در این راستا باشد و برای سلامت زیست افراد و دسترسی هرچه بهتر و بیشتر به شاخص‌های سلامت تلاش شود. در این میان، دولت‌ها با برنامه‌های خرد و کلان خود، تأثیرهای تعیین‌کننده‌ای در زمینه سلامت شهری و اشاعه آن دارند. طرح هدفمندی یارانه‌ها، یکی از برنامه‌هایی است که در این چند سال اخیر در ابعاد بسیاری بر زندگی مردم تأثیر گذارده است. دولت با هدف ایجاد و استقرار نظام عدالت اجتماعی و تقسیم بیت‌المال به صورت مساوی برای تمامی اقشار، به آن توجه کرد. با این دیدگاه، ارقام ضروری و شریان‌های حیاتی اقتصادی جامعه شناسایی شدند و برای آن‌ها یارانه در نظر گرفته شد. این مسئله به تدریج بر تمام عرصه‌های زندگی مردم تأثیر گذاشت. یکی از این موارد، موضوع بسیار مهم وضعیت تغذیه شهروندان، متأثر از طرح هدفمندی یارانه‌هاست. در این زمینه، نتایج پژوهش حاضر در قم - به عنوان یکی از کلان‌شهرهای مهم و مذهبی ایران - بسیار تأمل‌برانگیز و البته نگران‌کننده است. بر این اساس، با توزیع پرسشنامه و مصاحبه‌های تیم شانزده نفره در مناطق چهارگانه قم مشخص شد وضعیت دسترسی به تغذیه سالم و امنیت غذایی در مناطقی مانند ۲ و ۳ - که اغلب در منطقه ۲، مهاجرنشین‌اند - مناسب نیست. این وضعیت کاملاً از عواملی مانند وضعیت تحصیلی و درآمدی سرپرست‌های خانوار تأثیر می‌پذیرد که در نهایت، به سطح نازل کیفیت زندگی و دسترسی به شاخص‌های سلامت مانند تغذیه سالم و امنیت غذایی منجر می‌شود. این موارد البته در مناطق ۱ و ۴ (به‌ویژه در منطقه ۴) شرایط تقریباً مناسب‌تری دارد. همچنین به جز بررسی عوامل اثرگذار مانند وضعیت تحصیلی و درآمدی سرپرست‌های خانوار، هدف اصلی این پژوهش، بررسی عینی تأثیر طرح هدفمندی یارانه‌ها بر شاخص‌های سلامت شهری شهروندان قم، از بعد دستیابی به تغذیه سالم و امنیت غذایی در گروه‌های اصلی غذایی است.

در این زمینه، بسیاری از شهروندان با فلسفه اجرای این طرح بزرگ کاملاً موافق‌اند که هدف آن حمایت از اقشار کم درآمد و افزایش قدرت خرید آن‌ها، بهره‌مندی افراد از منافع ملی، اصلاح ساختار تولیدی و اقتصادی کشور و درنهایت برقراری عدالت اجتماعی به نفع محرومان بوده است، اما امروزه با توجه به گذشت چند سال از آغاز این طرح، به دلیل تأثیر مستقیم بر زندگی عادی و خصوصی مردم، از اجرای آن انتقاد می‌شود. این پژوهش، وضعیت تغذیه‌ای، امنیت غذایی مردم و نیز تأثیر اجرای این طرح بر کیفیت زندگی و سلامت شهروندان را به تفصیل نشان می‌دهد. در این زمینه، بیش از ۷۰ درصد شهروندان معتقدند پس از اجرای طرح هدفمندی یارانه‌ها، شرایط شغلی خود و آشنایانشان روبه‌تزلزل بوده است و این موضوع درنهایت، تأثیر نامناسبی بر زندگی آن‌ها داشته است. این مسئله به‌ویژه در منطقه ۲ قم که سرپرست‌های خانوار به‌طور عمده مهاجرند و شغل کارگری و یدی دارند، بیش از سایر مناطق احساس می‌شود. همچنین حدود ۷۰ درصد از جامعه آماری نیز معتقدند با اجرای طرح هدفمندی یارانه‌ها، وضعیت درآمدی خود و آشنایانشان ضعیف‌تر شده است؛ با توجه به روند تورمی سریعی که در این سال‌ها دیده می‌شود، در بسیاری از موارد برای ذخیره پولی، ناتوان‌اند و معمولاً درآمد خود را صرف امور جاری زندگی می‌کنند. براین اساس و با توجه به تأثیرهای این طرح بر وضعیت زندگی به‌ویژه تغذیه مردم، بیش از ۷۰ درصد از این شهروندان، با ادامه روند فعلی طرح هدفمندی موافق نیستند و در مجموع معتقدند با اجرای طرح هدفمندی یارانه‌ها، وضعیت معیشتی خانواده‌شان دشوارتر شده است. همچنین مطالعه میزان مصرف گوشت، شیر، میوه و سبزی در میان شهروندان مناطق چهارگانه شهر، از مهم‌ترین مراحل این پژوهش است که نشان می‌دهد جز منطقه ۴، همه مناطق در وضعیت بسیار نامناسبی قرار دارند؛ به طوری که ساکنان منطقه ۲ روزانه به‌طور متوسط ۰/۵۶۵ گرم گوشت مصرف می‌کنند. این وضعیت در میان شهروندان منطقه ۴، بیش از ۱۱۰ گرم در روز است که در صورت صداقت پاسخگویان، تقریباً مناسب است. همچنین، شهروندان مناطق ۱ و ۳ نیز به ترتیب ۰/۴۸۹ و ۰/۵۱۷ گرم گوشت مصرف می‌کنند که این رقم نیز بیانگر وضعیت نامناسب منطقه به لحاظ تغذیه سالم، به‌ویژه دسترسی مناسب به گوشت، متناسب با استانداردهاست. در بخش دیگری از سنجش وضعیت تغذیه شهروندان، میزان مصرف شیر مطالعه شد. در این بخش نیز اغلب مناطق در وضعیت نامناسبی قرار دارند؛ به طوری که برخلاف شهروندان منطقه ۴ که سالانه ۱۵۷/۲۲ کیلوگرم (بسیار بالاتر از استاندارد ایران) شیر مصرف می‌کنند، سایر مناطق از این نظر در وضعیت بسیار نامناسبی هستند. در این زمینه، ذکر این نکته ضروری است که قیمت شیر خام در سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۳ روند صعودی سریعی داشته است؛ به طوری که از ۹۴۰ ریال به‌ازای هر لیتر، به ۲۲۰۰ ریال افزایش یافته است که این امر نشان می‌دهد میزان رشد قیمت آن، به‌طور متوسط ۱۵/۲۳ درصد بوده است. بخش دیگری از مطالعه نشان می‌دهد میزان مصرف میوه و سبزیجات در میان ساکنان مناطق چهارگانه قم وضعیت مناسبی ندارد که البته این مشکل مربوط به اغلب ساکنان شهر است؛ به طوری که بیشتر پاسخگویان، میزان مصرف انواع میوه و سبزیجات را در گروه اول ۰/۵ کیلوگرم در روز یا حتی کمتر از آن عنوان کردند. این روند با توجه به وضعیت نامناسب اقتصادی اکثریت جامعه آماری، در مجموع موجب شده است تا اغلب سرپرست‌های خانوار (البته با شدت کمتر در منطقه ۴)، امنیت غذایی مناسبی نداشته باشند که این مسئله، قطعاً متأثر از اتخاذ سیاست‌های خرد و کلان دولتی مانند طرح هدفمندی یارانه‌ها نیز است. بدون هرگونه پیش‌داوری و تعصب، مطالعات مختلف به‌ویژه در بانک مرکزی، بیانگر روند صعودی بسیار شدید قیمت مواد غذایی و تأثیر بر سلامت زیست شهروندان است که نگارندگان آن را تحت‌الشعاع طرح هدفمندی یارانه‌ها مطالعه می‌کنند (جدول ۱۱). طرح مورد مطالعه برخلاف تمام آرمان‌ها و روشن‌بینی‌هایی که دارد، مورد انتقاد بسیاری از پژوهشگران، اقتصاددانان، سیاستمداران و مردم عادی است؛ زیرا با توجه به روند تریق پول نقد کلان و روند تورم، بر زندگی مردم تأثیر گذاشته است و در کنار جنبه‌های مثبت، مهم‌ترین اصل زندگی شاداب و سالم، یعنی استفاده از غذای مناسب و امنیت غذایی را با مشکل‌های بسیاری روبه‌رو کرده است. این مسئله، در درازمدت و در نگاه کلان و نظام‌مند (سیستماتیک)، سلامت کل جامعه و حتی امنیت ملی را به‌خطر خواهد افکند. یکی از مثال‌های عینی در این زمینه در کنار نتایج پژوهش، روند صعودی سقط جنین، تولد نوزاد مرده یا ناقص یا مشکل‌های باروری است که درنهایت، سلامت جمعیت و نیز خانواده‌ها را به‌خطر می‌اندازد. در بسیاری موارد، مشکل‌های موجود در زمینه باروری، ریشه در تغذیه و سوءتغذیه خانوار دارد که با توجه به هزینه‌های بسیار

زیاد درمان، شاهد ضعف روزافزون بنیان‌های اقتصادی و فشارهای روحی و استرس‌زای پس از آن خواهیم بود؛ بنابراین، امروزه با وجود مسائل و مشکل‌هایی مانند تورم، بیکاری جوانان، تحریم‌ها و...، نباید از کنار مسئله بسیار مهمی مانند سلامت تغذیه و امنیت غذایی شهروندان به‌سادگی عبور کرد که در حال حاضر مسئله اصلی شهروندان است.

سپاسگزاری

در پایان، از آقایان نبی‌اله چهره‌فانی، بهروز فرحناک، ابراهیم کمالی و مهدی ترابی، دانشجویان دانشگاه قم سپاسگزاریم که در هدایت تیم، توزیع پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، کمک بسیاری به محققان کردند.

منابع

۱. امینی، نجات، بدالهی، حسین و صدیقه اینانلو، ۱۳۸۵، **رتبه‌بندی سلامت استان‌های کشور**، فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰، صص ۲۷-۴۸.
۲. اعظم‌زاده شورکی، مهدی و صادق خلیلیان، ۱۳۸۹، **بررسی اثر سیاست‌های پولی بر قیمت غذا در ایران**، نشریه اقتصاد و توسعه کشاورزی (علوم و صنایع کشاورزی)، جلد ۲۴، شماره ۲، صص ۱۷۷-۱۸۴.
۳. امیراحمدی، بهرام، ۱۳۷۱، **بررسی مصرف گوشت در ایران (گذشته، حال، آینده)**، انتشارات مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی، شماره ۳۱، تهران.
۴. بختیاری، صادق، نصرالهی، خدیجه و مصطفی عمادزاده، ۱۳۸۱، **سیاست‌های تعدیل اجراشده در برنامه اول عمرانی و امنیت غذایی در استان اصفهان**، پژوهشنامه بازرگانی، شماره ۱۹، صص ۹۹-۱۳۴.
۵. بختیاری، صادق و زهرا حقی، ۱۳۸۲، **بررسی امنیت غذایی و توسعه انسانی در کشورهای اسلامی**، اقتصاد کشاورزی و توسعه، سال یازدهم، شماره ۴۴ و ۴۳، صص ۲۲-۵۲.
۶. پیری، علی‌حسن، ۱۳۷۸، **بررسی مهاجرت‌های روستایی و تأثیرات آن بر چشم‌اندازهای شهری در بخش مرکزی شهرستان کامیاران**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران.
۷. پرمه، زورار، ۱۳۸۴، **بررسی وضع تولید و مصرف شیر در ایران و سایر کشورها و هدفمند نمودن یارانه آن**، مجله بررسی‌های بازرگانی، شماره سیزدهم، صص ۲۵-۳۶.
۸. حاتمی‌نژاد، حسین، مهدی، علی و معصومه مهدیان بهنمیری، ۱۳۹۲، **بررسی سلامت زیست ساکنین محلات حاشیه‌نشین از ابعاد امنیت غذایی و سلامت تغذیه (مورد پژوهش: محله شادقلی خان شهر قم)**، نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، سال پنجم، شماره ۲، صص ۵۳-۷۲.
۹. خسروی‌نژاد، علی‌اکبر، ۱۳۸۸، **اندازه‌گیری اثرات رفاهی حذف یارانه کالاهای اساسی بر خانوارهای شهری ایران**، فصلنامه پژوهش‌های بازرگانی، شماره ۵۰، صص ۱-۳۳.
۱۰. دفتر آمار و اطلاعات معاونت برنامه‌ریزی و امور مجلس جهاد سازندگی در آیینۀ آمار، ۱۳۸۳.
۱۱. دفتر GIS شهرداری قم، ۱۳۹۱.
۱۲. رحیمی، عباس و عباس کلانتری، ۱۳۷۱، **تحلیل و بررسی اقتصاد سوبسید**، انتشارات مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های بازرگانی، تهران.
۱۳. سازمان مسکن و شهرسازی استان قم، ۱۳۸۹، **مطالعه شاخص‌های مسکن، جمعیت، مهاجرت و حاشیه‌نشینی در شهرستان قم**.
۱۴. سام‌آرام، عزت‌الله و مریم امینی یخدانی، ۱۳۸۸، **بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی قم**، فصلنامه علمی- ترویجی بانوان شیعه، سال ششم، شماره ۲۱، صص ۱۶۰-۱۳۴.
۱۵. سلطان‌زاده، محمدحسین، ۱۳۸۷، **تغذیه سالم**، ماهنامه آموزش، اطلاع‌رسانی کودک، شماره ۴۵، صص ۲۴-۱۹.
۱۶. شکوئی، حسین، ۱۳۸۲، **فلسفه‌های محیطی و مکتب‌های جغرافیایی**، چاپ اول، جلد دوم، انتشارات گیتاشناسی، تهران.

۱۷. ضیایی، محمود، ۱۳۷۹، نقش و جایگاه دولت در توسعه شهر و شهرنشینی در ایران، رساله دکتری، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران.
۱۸. عزیز، جعفر، ۱۳۸۶، تحلیل تابع عرضه انواع گوشت در ایران با استفاده از مدل بازار چندگانه، انتشارات پژوهش و سازندگی، امور دام و آبزیان، تهران.
۱۹. فرید، یداله، ۱۳۸۱، جغرافیای تغذیه، انتشارات دانشگاه تبریز، تبریز.
۲۰. کرم‌سلطانی، زهرا و دیگران، ۱۳۸۶، چاقی و امنیت غذایی در کودکان دبستانی شهر یزد، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه تهران، دوره ۶۵، شماره ۷، صص ۶۸-۷۶.
۲۱. کریمی، سعید، راسخی، سعید و مجتبی احسانی، ۱۳۸۷، بررسی مواد غذایی مشمول یارانه در مناطق شهری ایران با استفاده از مدل AIDS، به منظور اولویت‌بندی تخصیص یارانه، فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی ایران، سال سیزدهم، شماره ۳۹، صص ۱۴۷-۱۶۶.
۲۲. گزارش روزنامه جهان صنعت با استناد به گزارش جداول قیمتی بانک مرکزی، ۱۳۸۹.
۲۳. محمدپورکلده، محمود، فولادوند، مرادعلی و مهران آوخ کیسی، ۱۳۸۹، عدم امنیت غذایی به عنوان عامل خطر جهت چاقی در خانم‌های کم‌درآمد بوشهری، فصلنامه طب جنوب، سال سیزدهم، شماره ۴، صص ۲۶۳-۲۷۲.
۲۴. محلاتی، صلاح‌الدین، ۱۳۸۰، ارتباط تنگاتنگ و خطرناک فرهنگ، اقتصاد، سیاست و نظام غذایی، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تهران، شماره ۱۸۵ و ۱۵۹، صص ۶۱۵-۶۳۰.
۲۵. مهدی، علی، ۱۳۹۰، بررسی و تحلیل سلامت زیست و دسترسی به شاخص‌های سلامت در مناطق حاشیه‌نشین (مورد مطالعاتی: محله شادقلی خان قم)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران.
۲۶. هیل، مایکل، ۱۳۸۷، محیط‌زیست و سیاست اجتماعی، ترجمه حسین حاتمی‌نژاد و سهراب امیریان، چاپ اول، انتشارات دانشگاه تهران، تهران.
۲۷. یوسفی، مهدی و دیگران، ۱۳۸۹، روش‌های تخصیص مبتنی بر نیاز منابع سلامت و ارزیابی وضع موجود تخصیص به استان‌های ایران، مجله پژوهشی حکیم، دوره سیزدهم، شماره ۲، صص ۱۰-۲۰.
28. According to the newspaper report, The Industry Price Charts Central Bank, 1389. (In Persian)
29. Amini, N., Yadollahi, H. and Inanloo, S., 2006, **Ranking of Health Provinces of the Country, Social Welfare**, Vol. 5, No. 20, PP. 27-48. (In Persian)
30. Amirahmade, B., 1992, **The Survey of Meat Consume in Iran (Past, Present, Future)**, Computer Research Center of Islamic Sciences Publication, Tehran. (In Persian)
31. Asthana, Sh., 1995, **Variation in Poverty and Health Between Slum Settlement: Contadictory Findings From Visakhapantnam, India**, Social Science & Mediciene, Vol. 40, No. 2, PP. 177-188.
32. Azamzadeh Shoorke, M. and Khalieyan, S., 2010, **The Effect of Monetary Policy on Food Prices in Iran**, Economics and Agricultural Development (Agricultural Sciences and Technology), Vol. 24, No. 2, PP. 148-177. (In Persian)
33. Azizi, J., 2007, **Analysis of the Supply of Meat in the Use of Multi-Market Models**, Publications, Research and Development, Animal and Fisheries, Tehran. (In Persian)
34. Bakhteyari, S. and Haghi, Z., 2003, **Survey of Food Security and Human Development in Muslim Countries**, Economics and Agricultural Development, Vol. 11, No. 43 & 44, PP. 22-52. (In Persian)
35. Bakhtiyari, S., Nasrollahe, Kh. and Emadzadeh, M., 2002, **Adjustment Policies Implemented in the First Program of Development and Food Security in Isfahan Province**, Journal of Commerce, PP. 99-134. (In Persian)
36. Barr, N., 2004, **Economic of the Welfare State**, Oxford University Press, New York.
37. Chakraborty, R., Bose, K. and Bisai, S., 2009, **Relationship of Family Income and House Type to Body Mass Index and Chronic Energy Deficiency Among Urban Bengalee Male Slum Dwellers of Kolkata, India**, Journal of Comparative Human Biology, Vol. 60, No. 1, PP. 45-75.

38. Curvy, L., et al, 2010, **Achieving Large Ends with Limited Means: Grand Strategy in Global Health**, International Health, PP. 82-86.
39. Farid, Y., 2002, **Geography of Nutrition**, University of Tabriz. *(In Persian)*
40. Habib, R. R., et al, 2009, **Housing Quality and Ill Health in a Disadvantaged Urban Community**, Public Health, Vol. 123, No. 2, PP. 174-181.
41. Hataminazhad, H., Mahdi, A. and Mahdian Bahnamiri, M., 2013, **The Survey of Residents Health-Life Slum Areas of Food Security and Nutrition Health (Case Study: District of ShadqoliKhan Qom City)**, Quarterly of New Attitudes in Human Geography, Vol 4, No. 2, PP. 53-72. *(In Persian)*
42. Hil, M., 2008, **Environmental and Social Policy**, Translated by: Hataminezhad, H. and Amirian, S., Tehran University Press, 1st Ed, Tehran. *(In Persian)*
43. Holzweher, M., 2002, **Sport for all as a Social Change and Fitness Development**, Institute of sport science, Vienna University, Australia.
44. Horton, R., 2009, **Global Science and Social Movements: Towards a Rational Politics of Global Health**, International Health, Vol. 1, No. 1, PP. 26-30.
45. Housing and Urban Department in Qom, 2010, **Study of Indicators of Housing, Population, Migration and Marginalization in Qom City**. *(In Persian)*
46. Karamsoltani, Z., et al, 2007, **Obesity and Food Security in Schoolchildren in the City of Yazd**, Medical School, Tehran University, Vol. 65, No. 7, PP. 76-68. *(In Persian)*
47. Karimi, S., Rasekhi, S. and Ehsani, M., 2008, **Analysis of Subsidized Food in Urban Areas of Iran Rarely Model of AIDS to Prioritize the Efficient Allocation of Subsidies**, Journal of the Iranian Economy, Vol. 13, No. 39, PP. 166-147. *(In Persian)*
48. Khosravinezhad, A., 2009, **Measuring the Welfare Effects of the Removal of Basic Products Subsidies on Urban Households in Iran**, Commercial Research, Vol 2, No. 50, PP. 1-33. *(In Persian)*
49. Mahallati, S., 2001, **Interconnected and Dangerous, Culture, Economy, Politics and Food Systems**, Journal of Faculty of Letters and Human Sciences, Tehran University, Vol 3, No. 185 & 159, PP. 630-615. *(In Persian)*
50. Mahdi, A., 2011, **Analysis of Environmental Health and Access to Health Indicators in Marginal Areas; Case Study: Neighborhood Shadqly Khan Qom**, MS Thesis, Geography and Urban Planning, Tehran University. *(In Persian)*
51. Mohammadpoor kaldeh, M., Fooladvand, M. and Avehk Kismi, M., 2010, **Food Insecurity as a Risk Factor for Obesity among Low-Income Women in Boushehr**, Southern Medical Journal, Vol. 13, No. 4, PP. 272-263. *(In Persian)*
52. Nafziger, E. W., 1990, **The Economic of Development Countries**, 2nd Ed, Prentice- Hall International edition, Tokyo.
53. Ngoasong, M. Z., 2009, **The Emergence of Global Health Partnerships as Facilitators of Access to Medication in Africa: A Narrative Policy Analysis**, Social Science & Medicine, Vol. 65. No. 5, PP. 556-949.
54. OECD, 2005, **Bank Profiability**, OESD Paris.
55. Office of GIS in Qom Municipal, 2012. *(In Persian)*
56. Office of Statistics and Information Planning and Parliamentary Affairs Jahad Sazandegge in Statistics, 2009. *(In Persian)*
57. Ortega-Alvarez, R. and ForsI, M. G., 2011, **Dsting-off the File: A Review of Knowledge on Urban Ornithology in Latin America**, Journal of landscape and Urban Planning, Vol. 101, No. 1, PP. 1-10.
58. Perme, Z., 2005, **Study of the Production Situation and Milk Consumption in Iran and Other Countries and its Subsidies**, Reviews of Commerce, Vol 2, No. 13, PP. 25-36. *(In Persian)*
59. Pieri, A., 1999, **Study of Rural Migration and its Effects on Urban Landscapes in the Central Part of the Kamyaran Town**, MS Thesis, Faculty of Geography, Tehran University. *(In Persian)*

60. Rahimee, A. and Kalantari, A., 1992, **Analysis and Survey of Subsidies Economic**, Institute of commercial Studies and Research Publication, Tehran. *(In Persian)*
61. Saam Aram, E. and Aminee Yakhdaanee, A., 2006, **Evaluate the Health Status of Women Heads of Household Welfare Organization in Qom**, Womens Shi, Vol. 6, No. 21, PP. 134-160. *(In Persian)*
62. Schouten, M. A. and Mathenge, R. W., 2010, **Communal Sanitation Alternatives for Slums: A Case Study of Kibera, Kenya**, Physics and Chemistry of the Earth, Parts A/B/C, Vol. 35, No. 13-14, PP. 815-822.
63. Shakuei, H., 2003, **Environmental Philosophy and Geographic Schools**, 1st Ed, Vol. II, Construction supply chain economics Publications, Tehran. *(In Persian)*
64. Soheyl Rana, M. D., 2009, **Status of Water Use Sanitation and Hygienic Condition of Urban Slums: A Study on Rupsha Ferighat Slum, Khulna**, Desalination, Vol. 246, No. 1-3, PP. 322-328.
65. Soltanzadeh, M., 2008, **Healthy Eating**, Child Magazine, Education, Information Science, Vol 3., No. 45, PP.1-26 *(In Persian)*
66. Stephans, C., 1992, **Training Urban Traditional Birth Attendants Balancing International Policy and Local Reality**, Social Science & Medicine, Vol. 35, No. 6, PP. 811-817.
67. Su, M. D., Fath, Brian and Zhifeng Yang, 2010, **Urban Ecosystem Health Assessment: A Review**, Science of The Total Environment, Vol. 408, No. 12, PP. 2452-2434.
68. Temmerman, M., et al, 2006, **European Journal of Obstetrics and Reproductive Health Indicators in the European Union: The Reprostat Project**, Gynecology and Reproductive Biology, Vol. 126, No. 1, PP. 3-10.
69. Tzoulas, K., Korpela, K., Ven, S. and Vesa Yli-Pelkonen, 2007, **Promoting Ecosystem and Human Health in Urban Areas Using Green Infrastructure: A Literature Review**, Journal Landscape and Urban Planning, Vol. 81, No. 3, PP. 167-178.
70. Vearey, J., Palmarty, I., Thomas b, L., Nunez, L. and Scott Drimie., 2010, **Urban Health in Johannesburg: The Importance of Place in Understanding Intra-urban Inequalities in a Context of Migration and HIV**, Health Place, Vol. 16, No. 4, PP. 694- 702.
71. Verhagen, H., Vos, E., Francl, Sh., Heinonen, M. and Henk van Loveren, 2010, **Status of Nutrition and Health Claims in Europe**, Archives of Biochemistry and Biophysic, Vol. 501, No. 1, PP. 6-15.
72. Youssefi, M., et al, 2010, **Allocation Methods Based on the Need to Allocate Resources in the Health Sector and Assess the Current Status of the Provinces of Iran**, Hakim Research Journal, Vol. 13, No. 2, PP. 10 -20. *(In Persian)*
73. Zhao, Y. S., et al, 2010, **Basic Public Health Services Delivered in an Urban Community: A Qualitative Study**, Public Health, Vol. 125, No.1, PP. 1-10.
74. Ziaei, M., 2000, **Role of Government in the City and Urban Development in Iran Dissertation**, Department of Geography, Tehran University. *(In Persian)*