

بررسی سلامت زیست ساکنین محلات حاشیه‌نشین از ابعاد امنیت غذایی و سلامت تغذیه (مورد پژوهش؛ محله شادقلی خان قم)

حسین حاتمی‌نژاد

عضو هیأت علمی دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران

علی مهدی^۱

کارشناس ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه تهران، پژوهشگر پژوهش‌های کاربردی مرکز آموزش مدیریت دولتی

ایران، تهران، ایران

معصومه مهدیان بهنمیری

کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه گلستان، مدرس دانشگاه پیام نور واحد هادی شهر

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۱۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۹

چکیده

امروزه مقوله سلامت زیست شهری در پرتو دسترسی به تغذیه سالم و امنیت غذایی با توجه به رشد روزافزون جمعیت، شهرنشینی، مهاجرت، فقر و حاشیه‌نشینی که به‌روند غالب جهان، به‌ویژه در کشورهای توسعه نیافته تبدیل شده، از اساسی‌ترین مسائل مطرح در مباحث جغرافیای پزشکی و توسعه پایدار می‌باشد. از این‌رو مقاله حاضر با هدف بررسی امنیت غذایی و سلامت تغذیه (مصرف گوشت، شیر، میوه و سبزیجات، به‌عنوان مهم‌ترین گروه‌های غذایی مؤثر بر سلامت افراد) که مسائل مطرح در زمینه بررسی سلامت زیست افراد است و با تدوین فرضیه به‌نظر می‌رسد حاشیه‌نشینان شادقلی خان از تنوع غذایی و سلامت تغذیه مناسبی برخوردار نمی‌باشند. به‌مطالعه موارد مذکور در یکی از مهم‌ترین محلات حاشیه‌نشین شهر قم (شادقلی خان) می‌پردازد. روش مطالعه در مقاله حاضر، بر مطالعات میدانی و تحلیلی-توصیفی استوار بوده و تعداد ۳۸۰ پرسشنامه نیز بر اساس مدل کوکران در میان ساکنین توزیع شد، طوری که نظرات سرپرست خانوارهای محله از طریق پرسشنامه به دست آمده است. در ادامه جهت تحلیل پرسش‌نامه از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌هایی چون آزمون Chi-Square, Mann-Whitne استفاده شد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که به‌علت ضعف مفرط اجتماعی، فرهنگی، بویژه اقتصادی، ساکنین محله مورد مطالعه، دسترسی مناسبی به امنیت غذایی و سلامت تغذیه ندارند که این عوامل منجر به افت سلامت زیست اهالی ساکن در محل شده است.

واژگان کلیدی: حاشیه‌نشینی، سلامت زیست، سلامت تغذیه، امنیت غذایی، محله شادقلی خان، شهر قم

مقدمه

در دهه‌های اخیر با برجسته‌تر شدن مفهوم توسعه انسانی در سطح جهان، مسئله امنیت و سلامت غذایی (بختیاری‌زاده و حقی، ۱۳۸۲، ص ۲۳) که از محورهای اصلیا ایجاد نسل سالم برای آینده جامعه است (سلطان‌زاده، ۱۳۸۷، ص ۳۸)، از اهمیت بسیاری برخوردار گشته است و در کنار توزیع عادلانه درآمد، اشتغال، محیط‌زیست و رعایت حقوق بشر، به‌عنوان شاخص توسعه جامعه شناخته شده است (Zhao and et all, 2010: P.1). اما امروزه با نگاهی به‌روند پرشتاب رشد جمعیت و شهرنشینی در جهان و تأثیر اقتصادی، اجتماعی، زیست‌محیطی و بهداشتی آن در کنار ضعف آمادگی، برنامه‌ریزی و مدیریت شهری، شاهد چالش‌های گسترده‌ای در زمینه سلامت و سوء تغذیه بسیاری از ساکنین شهری، بویژه حاشیه‌نشینان به‌عنوان فراموش‌شدگان بازی‌های اقتصادی اصلی عرصه اقتصاد شهری می‌باشیم. در این رابطه ارزیابی و تحقیقات صورت گرفته توسط محققان مختلف، بیانگر وجود بیش از ۹۲۴ میلیون حاشیه‌نشین^۲ در سطح جهان است (Taleshi, 2009: p. 1235)، (Arimah, 2010, p. 1). که قسمت عمده آن در کشورهای فقیر و جهان سوم زندگی می‌کنند. امروزه در این کشورها به‌علت فقر حاکم بر جامعه و با توجه به رابطه تنگاتنگ وضعیت اجتماعی-اقتصادی و بویژه درآمد افراد با شرایط و امکانات تغذیه‌ای (Chakraborty and et all, 2009: p. 47)، دهک‌های پایین جامعه (بویژه حاشیه‌نشینان) از دسترسی به غذای باکیفیت و کافی ناتوان شده و از این نظر غالب آن‌ها گرفتار سوء تغذیه شده‌اند که عواقب سوء آن قطعاً دامن‌گیر سلامت و امنیت مجموعه سیستم (شهر و کشور) و در نهایت کاهش ثبات و امنیت ملی و بین‌المللی آن کشور خواهد شد. فوئر باخ^۳ (۱۸۷۲-۱۸۰۴): از پیشگامان رادیکالیسم اروپایی، در این باره می‌گوید: اگر می‌خواهید ملت را اصلاح کنید به‌عوض سخنان پرشور بر ضد گناه، غذای بهتری به آن‌ها بدهید. آدمی آن چیزی است که می‌خورد (شکوئی، ۱۳۸۲، ص ۱۸۲). بنابراین 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 همکاران، ۱۳۸۶، ص ۴). که دستیابی بدان از اهداف اصلی دولت‌ها و از عوامل تعیین کننده در رابطه با سلامت جامعه می‌باشد (بختیاری و همکاران، ۱۳۸۱، ص ۱۰۱)، (اعظم‌زاده شورکی و خلیلیان، ۱۳۸۹، ص ۱۷۷) و (Verhagen, 2010, p. 10). در نهایت مقاله حاضر با توجه به مسائل مذکور و علم به این مهم که اجتماعات مورد بحث^۴، از جمله محله شادقلی خان در غرب شهر قم، با توجه به مشکلات فراوان اقتصادی-اجتماعی (به‌عنوان عوامل بسیار تأثیرگذار در برخورداری از تغذیه مناسب و سلامت زیست)، آبستن تمام کاستی‌های ممکن جهت خلق یک زندگی مناسب، سالم و با کیفیت هستند، در نظر دارد با نگاهی اجمالی به وضعیت حاشیه‌نشینان محله، سلامت ساکنین این محل را از ابعادی چون وضعیت تغذیه و امنیت غذایی مورد مطالعه قرار دهد.

مبانی نظری پژوهش

^۲- این رقم در ۳۰ سال آینده، به بیش از ۲ میلیارد نفر افزایش خواهد یافت (Nijman, 2008: p. 73).

^۳- Foaer Baakh

^۴- در ایران در حال حاضر ۱۰ میلیون حاشیه‌نشین وجود دارد که این رقم، یک‌هفتم از کل جمعیت ایران را شکل می‌دهد (فادری مطلق، ۱۳۸۷، ص ۱۰).

امنیت غذایی به مفهوم دسترسی همه مردم در تمام اوقات به غذای کافی به منظور زندگی سالم و فعال است (کرم-سلطانی و همکاران، ۱۳۸۶: ص ۶۸) ناامنی غذایی نیز، عدم دسترسی همه مردم در تمام اوقات به غذای کافی برای داشتن یک زندگی سالم تعریف می شود (محمدپورکلده، ۱۳۸۹: ص ۲۶۳). که در این رابطه، کمیته تغذیه سازمان ملل، ناامنی غذایی را ریسک بیش از حد دستیابی به غذای لازم به منظور ایجاد زندگی سالم و فعال عنوان نموده است. در حقیقت ناامنی غذایی، عدم دسترسی یا دسترسی ناکافی به مواد غذایی است (بختیاری زاده و حقی، ۱۳۸۲: ص ۲۶). همچنین محققان تعاریف مختلفی در مورد حاشیه نشینی (به عنوان اشکال همه جا حاضر در فضای شهری کشورهای در حال توسعه (Ali and et all, 2009: P.421) عنوان نموده اند و از ابعاد گوناگون به مطالعه آن پرداخته اند. به عنوان مثال، عابدین درکوش (۱۳۶۴)، حاشیه نشین را کسی می داند که در شهر سکونت دارد ولی نتوانسته جذب نظام اقتصادی، اجتماعی شهر شود و از خدمات آن استفاده کند. میره (۱۳۸۴) نیز محلات حاشیه نشین را نقاطی با کوچه-های کثیف شهر و یا مسکن غیرمنطقی و انحطاط یافته تعریف نموده که فقر، کمبود زیرساخت ها، فقدان دسترسی به آب آشامیدنی سالم، تراکم بالا، محدودیت دسترسی به خدمات بهداشتی، سوء تغذیه، قرارگیری در معرض انواع بیماری ها و... از اهم ویژگی های محلات حاشیه نشین است (Chowdhury and Nrulamin, 2006: p.531) Semba and et (Ozener, 2010: p.436) (Asthana, 1995: p.182) (Lall and et all, 2008: p.57) (all, 2009: p.387). در مجموع می توان گفت که در این نوع مکان ها به علت تمرکز فقر، میزان شاخص های اجتماعی و اقتصادی چون بی سواد و کم سواد، اجاره نشینی، تراکم بالای جمعیت، وجود اقلیت های قومی، غیراستاندارد بودن محل زندگی، کم توجهی به نکات بهداشتی - درمانی و در نهایت برخورداری ناکافی و نامناسب از شاخص های سلامت در سطح بالایی به چشم می خورد که در بسیاری از منابع مورد اشاره بدان اشاره شده است.

پیشینه تحقیق

مقوله حاشیه نشینی از جمله معضلات همیشگی بسیاری از شهرها بویژه در کشورهای جهان سوم است که از سابقه بسیار طولانی در ارتباط با مطالعات مسائل و مشکلات شهری برخوردار است. در کنار این مسئله، امروزه با توجه به ارتباط تنگاتنگ فقر شهری، حاشیه نشینی، سلامت زیست شهری، برخورداری از شاخص های سلامت و کیفیت و کمیت تغذیه سالم در میان شهرنشینان بویژه ساکنین مناطق فقیر مانند محلات حاشیه نشین، بسیاری از محققان، مدیران شهری و اجتماعی و... این حوزه از مطالعات شهری را به صورت جدی مورد بررسی و کنکاش قرار می دهند، بطوری که در حال حاضر اندیشمندان بسیاری در این رابطه به ایراد نظر پرداخته و کتب، مقالات، پایان نامه ها، سمینار و گزارشات فراوانی نیز در این زمینه انجام شده است. آناهیتا هوشیار راد در مقاله ای با عنوان «سبد غذایی مطلوب پیشنهادی کشور، مطالعات و یافته های اولیه» (۱۳۸۵) ضمن تعریف امنیت غذایی و تغذیه، اشاره می کند که در سال های اخیر، روش تدوین سبد غذایی بر مبنای الگوی واقعی مصرف طبقات کم درآمد و در جهت تأمین نیازهای تغذیه ای آنان اصلاح و تعدیل شده است که این سبد به عنوان یک رهنمای غذایی مناسب برای خانوارهای غذایی کم درآمد به کار برده می شود و به آنها کمک می کند تا در محدوده درآمدی خود بهترین انتخاب های غذایی را داشته باشند. علی شکوری (۱۳۸۳) نیز، در مقاله ای تحت عنوان امنیت غذایی (از مهم ترین شاخص های مورد بررسی در محله شادقلی خان) و دسترسی بدان در ایران، به این نکته اشاره می کند که امنیت غذایی پیوسته به عنوان هدف اصلی

سیاست‌های رشد و سلامت تغذیه‌ای، همواره به‌عنوان یکی از محورهای اصلی توسعه و زیرساخت‌های مهم پرورش نسل‌های آینده کشور بویژه در بعد از انقلاب، مورد تأکید بوده است. همچنین یزدی‌زاده و همکاران (۱۳۸۸)، مقاله‌ای تحت عنوان بهره‌برداری از پژوهش‌ها برای تصمیم‌گیری‌های نظام سلامت انجام دادند که یافته‌ها و نتایج این مقاله که در آن ۱۰ مصاحبه به‌صورت کیفی با سیاست‌گذاران و شش بحث متمرکز گروهی با پژوهشگران در سطوح کلان (مدیران و سیاست‌گذاران وزارت بهداشت) انجام شده بود، نشان می‌دهد که برای تقویت سلامت زیست و بهره‌برداری مناسب‌تر از پژوهش‌های بخش سلامت کشور، باید با یک نگاه جامع، مشکلات را بررسی و راه‌کارهای مورد نیاز برای نتیجه بخش بودن مطالعات بخش سلامت در سطوح مختلف را شناسایی کرد. محمدزاده و همکاران نیز (۱۳۸۹)، در مقاله‌ای تحت عنوان «رابطه امنیت غذایی با عوامل اجتماعی-اقتصادی و وضعیت و زن نوجوانان» به مطالعه ارتباط میان امنیت غذایی و عوامل اجتماعی-اقتصادی در شهر اصفهان پرداخته‌اند و در پایان به این نتیجه رسیده‌اند که میان ناامنی غذایی و سطح تحصیلات والدین، جایگاه شغلی والدین و وضعیت اقتصادی خانوار ارتباط آماری معکوسی وجود دارد. پیرو این مطالب و با نظر به اهمیت مقوله تغذیه در سلامت افراد، مقاله حاضر به موضوع بررسی و تحلیل سلامت و کیفیت تغذیه ساکنین محله شادقلی‌خان پرداخته است.

روش تحقیق

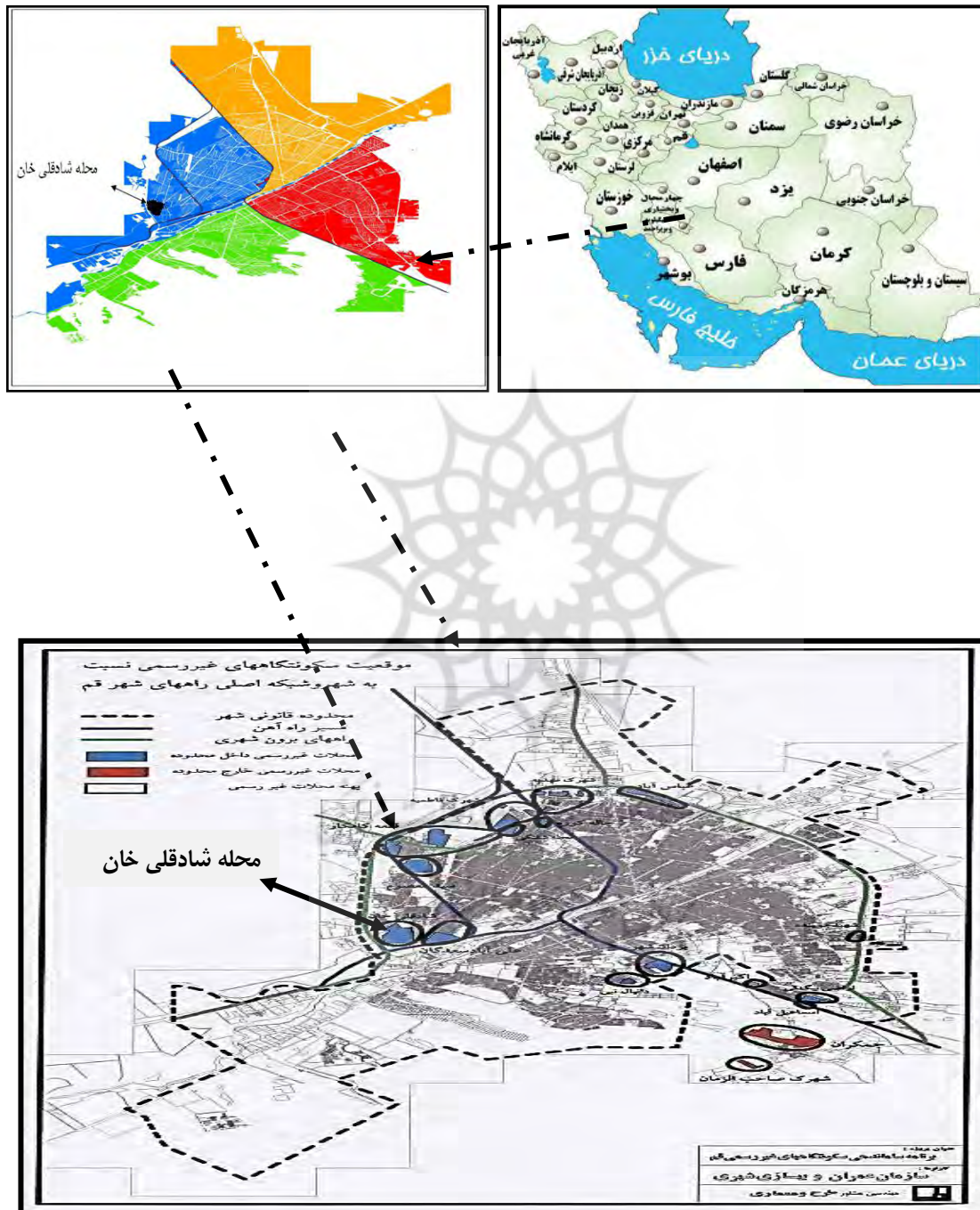
روش تحقیق در این مطالعه، بر پژوهش موردی (محله شادقلی‌خان) استوار است. در این راستا، نگارندگان با هدف بررسی و سنجش وضعیت تغذیه ساکنین محله و ارتباط آن با سلامت زیست آن‌ها، پس از مرور مبانی نظری و مفاهیم مرتبط با موضوع در داخل و خارج از کشور و با تدوین فرضیه به‌نظر می‌رسد حاشیه‌نشینان شادقلی‌خان از تنوع غذایی و سلامت تغذیه مناسبی برخوردار نمی‌باشند. به بررسی امنیت غذایی، سلامت و کیفیت تغذیه از ابعاد مصرف ۳ قلم از اساسی‌ترین مواد غذایی که در این مطالعه مصرف گوشت (گوشت قرمز، گوشت مرغ، ماهی)، شیر و میوه و سبزیجات را شامل می‌شود، پرداخته‌اند. همچنین در این راستا مطالعات میدانی (مشاهدات میدانی، مصاحبه و توزیع ۳۸۰ پرسش‌نامه بر اساس مدل کوکران^۵) از مهم‌ترین بخش‌های مطالعه می‌باشد و مشاهدات میدانی نیز از محورهای اصلی پژوهش بوده است. در ادامه، جهت تحلیل پرسش‌نامه از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های چون Chi-Square و Mann-Whitne استفاده شده است. تجزیه و تحلیل وضع موجود محله و تفسیر نتایج به‌دست آمده از پاسخ سرپرست‌های خانوار در پرسش‌نامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS مرحله بعدی مطالعه را تشکیل می‌دهد. در نهایت با توجه به شرایط خاص موجود در محله و نتایج حاصل از مطالعات میدانی، راهکارهایی را در جهت ارتقاء و مطلوبیت کیفیت تغذیه و سلامت زیست ساکنین در این محله ارائه شده است.

موقعیت و شناخت محدوده مورد مطالعه

محله شادقلی‌خان با ۷۷/۸ هکتار مساحت، ۷۹۰۰ نفر جمعیت و با تراکم ۱۰۱/۵ نفر در هکتار در منطقه ۲ شهری و در جنوب غرب شهر قم قرار دارد (آمارنامه جمعیتی استان قم: ۱۳۸۵). مصاحبه نگارنده با مردم ساکن در این محل بویژه افراد سالمندی که سال‌ها سابقه طولانی سکونت در این محل را دارند، نشان می‌دهد که سرعت شکل‌گیری این

^۵ زمانی که نه از واریانس جامعه و نه از احتمال موفقیت یا ناموفقیت متغیر اطلاع نداریم از جدول نمونه‌گیری مورگان استفاده می‌کنیم.

محل با فرم و طرح کنونی به حدود ۵۰ سال قبل باز می‌گردد که پایه‌گذار اولیه شکل‌گیری آن نیز طایفه شاهسون‌ها بودند که امروزه نیز بخش بزرگی از بافت جمعیتی محله را شکل می‌دهند. ساختار جمعیتی این محله نسبتاً بیشتر شامل اقوام آذری و بخشی کوچکی نیز شامل قومیت‌ها و از نقاط مختلف ایران است که در ادامه بیشتر توضیح داده خواهد شد.



نقشه شماره (۱): عکس هوایی شهر قم، محلات حاشیه‌نشین و موقعیت محله مورد مطالعه در مقیاس ملی و شهر قم
منبع: (شهرداری قم) و (EarthGoogle: ۱۳۹۰).

یافته‌های تحقیق (ویژگی‌های عمومی سرپرست‌های خانوار)

از کل ۳۸۰ سرپرستی که به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند، فقط ۱۹ نفر زن و مابقی مرد می‌باشند. از نظر ساخت سنی، همان‌گونه که در جدول شماره (۱) نیز مشخص است، پرسش‌شوندگان به ۳ گروه عمده تقسیم شده‌اند که بیشتر آن‌ها در گروه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال قرار دارند.

جدول شماره (۱): ترکیب سنی جمعیت محله

گروه سنی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
۲۰-۳۰	۸۳	۲۱/۸	۲۱/۸
۳۰-۵۰	۲۵۷	۶۷/۶	۸۹/۵
+۶۰	۴۰	۱۰/۵	۱۰۰
کل	۳۸۰	۱۰۰	-

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۱

توزیع جمعیت گروه‌های بزرگ سنی مشارکت‌کننده در این مطالعه، نشان دهنده این است که گروه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال با بیش از ۶۷ درصد از جمعیت جامعه آماری، بالاترین گروه سنی مشارکت‌کننده در تحقیق حاضر می‌باشند. با این وضعیت مشخص می‌شود که ترکیب جمعیت غالب سرپرست‌های خانوار در محله شادقلی خان، میانسال است که این خود تأکیدی بر تجمع افراد در سنین فعالیت در این محله است که نیازمند ایجاد اشتغال در این محل جهت جلوگیری از هدر رفت نیروی عظیم کار می‌باشد.

محل تولد و علل مهاجرت ساکنین

غالب حاشیه‌نشینان شادقلی خان، مهاجرین روستایی‌اند که به علت ضعف شدید اقتصادی خانواده و به امید یافتن شغل و تمکن مالی بهتر، به شهر قم مهاجرت نموده‌اند. طوری که بررسی خانوارهای نمونه نشان می‌دهد، ۹۴ درصد از ساکنان محله شادقلی خان را مهاجرانی باریشه و مسلک روستایی شکل می‌دهد. همچنین مشخص شد که بیش از ۸۲ درصد از ساکنین این محله را روستاییان آذری زبان که بیشتر از منطقه شمال غرب کشور به این محل مهاجرت کرده‌اند شکل می‌دهند.

جدول شماره (۲): قومیت ساکنین محله

محل اقامت قبلی	فراوانی	درصد نسبی	درصد تراکمی
روستا	۳۵۸	۹۴/۲	۲
شهر	۲۲	۵/۸	۱۰۰
مجموع	۳۸۰	۱۰۰	-
قومیت	فراوانی	درصد نسبی	درصد تراکمی
لر	۴۷	۱۲/۴	۱۲/۴
ترک	۳۱۳	۸۲/۴	۹۴/۸
سایر	۲۰	۵/۲	۱۰۰
جمع	۳۸۰	۱۰۰	-

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۱

وضعیت سواد، تحصیلات محله و ارتباط آن با سلامت

امروزه سواد و تحصیلات، در تمام ابعاد زندگی انسان مانند بهداشت، رشد اقتصادی، فرهنگی، تربیت فرزندان، بی‌نظمی و ناهنجاری کودکان، رشد اشتغال، سطح سلامت و غیره می‌تواند تأثیر به‌سزایی داشته باشد. معمولاً افرادی که در سطح پایین اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، زندگی می‌کنند، سطح تحصیلات کمتری نسبت به افراد هم‌سال خود دارند و میزان تحصیلات در این خانواده‌ها به شدت افت پیدا می‌کند. در محله شادقلی خان شهر قم نیز این موضوع صادق می‌باشد. به‌گونه‌ای که نتایج حاصل از بررسی پاسخ سرپرست‌های خانوار نشان می‌دهد که حدود ۵۹/۷ درصد از سرپرست‌های مورد مطالعه بی‌سواد و یا دارای تحصیلات پایین می‌باشند. یکی از فرضیات اساسی که در رابطه با وضعیت تحصیل در مناطق حاشیه‌نشین مطرح می‌باشد، این است که به‌نظر می‌رسد میزان ترک تحصیل در بین فرزندان حاشیه‌نشینان بالا بوده و این مسئله رابطه مستقیمی با سطح تحصیلات والدین دارد. همان‌گونه که در جدول توافقی شماره ۳ نیز مشخص است، این فرض کاملاً اثبات می‌شود. بطوری که نزدیک به ۷۰ درصد (۶۸/۹٪) از خانوارهای مورد نظر دارای فرزندان ترک تحصیلی می‌باشند. در رابطه با ارتباط این مسئله با سطح تحصیلات والدین، جدول (۳) نشان می‌دهد که حدود ۷۰/۶ درصد از خانوارهایی که فرزندانشان ترک تحصیل کرده، دارای سرپرست بی‌سواد و یا با تحصیلات ابتدایی بوده است. لازم به‌ذکر است که بیش از ۸۰ درصد خانوارهایی که سرپرست بی‌سواد دارند، فرزندانشان ترک تحصیل کرده‌اند. آزمون آماری **Chi-Square** و **Man-wietny** نیز رابطه معنی‌داری را بین متغیرهای فوق نشان می‌دهند. با توجه به اینکه در هر دو آزمون سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۱ (۰/۰۰۰) برآورد گردید، فرضیه وجود رابطه بین ترک تحصیل فرزندان و سطح تحصیلات فرزندان در سطح ۹۹ درصد به اثبات می‌رسد. این بدان معنی می‌باشد که هرچه خانوارها دارای سرپرست‌های بی‌سواد و یا کم‌سواد باشند، فرزندان آنها نیز از درجه تحصیلی پایین‌تری برخوردارند. البته بدیهی است که تحصیلات پایین و یا بی‌سوادی سرپرست خانوار یکی از دلایل تاثیرگذار بر کیفیت تحصیل فرزندان می‌باشد. تحقیقات مختلف بین‌المللی (UN Millennium Project, 2005; Michaelowa, 2001; Watkins, 2000; Govinda, 2002; Dyer and Rose, 2006) را بیند) نشان می‌دهد که فقر و درآمد پایین از سطوح کشوری و منطقه‌ای تا سطح خانوار و عوامل دیگری چون جنسیت، طبقه اجتماعی، سطح خدمات آموزشی و فرصت‌های اشتغال، همگی در کیفیت و کمیت آموزش تأثیر مستقیم دارد (Tsuji, 2009: p.2). در این رابطه تحقیقات مختلفی از جمله مطالعات دیوید آرویلیامز^۶ استاد بهداشت عمومی «دانشکده هاروارد» صورت گرفته است که ارتباط میان تحصیلات و سلامتی را تأیید نموده و نشان می‌دهد که، افرادی که تحصیلات بالاتر دارند، از مشاغل، درآمد و مزایای بهتری نیز برخوردار می‌باشند که در نهایت به سلامت و پایداری بیشتر افراد منجر می‌شود (www.health news.com).

جدول شماره (۳): جدول توافقی تحصیلات سرپرست و ترک تحصیل فرزندان

مقطع تحصیلی سرپرست خانوار	وضعیت تحصیلی محله	ترک تحصیل فرزندان		مجموع
		بلی	خیر	
بی‌سواد	تعداد	۹۲	۲۱	۱۱۳
	درصد تحصیلات سرپرست خانوار	۸۱/۴	۱۸/۶	۰/۱۰۰
	درصد تحصیلات فرزندان	۳۵/۱	۱۷/۸	۲۹۰/۷
	جمع	۲۴/۲	۵/۵	۲۹/۷
ابتدایی	تعداد	۹۳	۲۱	۱۱۴
	درصد تحصیلات سرپرست خانوار	۸۱/۶	۱۸/۴	۰/۱۰۰
	درصد تحصیلات فرزندان	۳۵/۵	۱۷/۸	۰/۳۰
	جمع		۵/۵	۰/۳۰
راهنمایی	تعداد	۷۷	۲۳	۱۰۰
	درصد تحصیلات سرپرست خانوار	۰/۷۷	۰/۲۳	۰/۱۰۰
	درصد تحصیلات فرزندان	۲۹/۴	۱۹/۵	۲۶/۳
	جمع	۲۰/۳	۶/۱	۲۶/۳
متوسطه	تعداد	۰	۲۷	۲۷
	درصد تحصیلات سرپرست خانوار	٪۰	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰
	درصد تحصیلات فرزندان	٪۰	۲۲/۹	۷/۱
	جمع	٪۰	۷/۱	۷/۱
دانشگاهی	تعداد	۰	۲۶	۲۶
	درصد تحصیلات سرپرست خانوار	٪۰	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰
	درصد تحصیلات فرزندان	٪۰	۰/۲۲	۶/۸
	جمع	٪۰	۶/۸	۶/۸
جمع	تعداد	۲۶۲	۱۱۸	۳۸۰
	درصد تحصیلات سرپرست خانوار	۶۸/۶	۳۱/۱	۰/۱۰۰
	درصد تحصیلات فرزندان	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰	/۱۰۰
	جمع	۹۸/۶	۳۱/۱	۰/۱۰۰

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۱

جدول شماره (۴): آزمون یومن ویتنی وکای - اسکوتر

نوع آزمون	تحصیلات
Mann-Whitney U	۸/۰۱۵
Z	-۷/۷۷۹
Asymp. Sig	۰/۰۰۰
نوع آزمون	تحصیلات
Chi-Square	۶۰/۸۲۹
df	۱
Asymp. Sig.	۰/۰۰۰

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۱

میزان درآمد ماهیانه خانوار

امروزه درآمد و توان اقتصادی افراد است که آنان را در نقطه خاصی از شهر اسکان می‌دهد و یا توانایی آن‌ها در برخورداری از شاخص‌های مختلف سلامت و نیز استفاده از رژیم غذایی مناسب تعیین می‌کند. تغذیه و پیگیری سلامت بزرگسالان با افزایش سطح درآمد، بهبود می‌یابد و افراد تمایل بیشتری به شرکت در برنامه‌های سلامت دارند. در مقابل خانواده‌هایی که از درآمد کمتری برخوردارند، کنترل کمتری نیز بر سلامت اعضای خانواده، استفاده از خدمات بهداشتی و تغذیه مناسب که ضامن سلامت افراد است دارند. پیش از بررسی نتایج حاصل از پرسشنامه در ارتباط با وضعیت اقتصادی و درآمدی محله، باید به این نکته اشاره شود شغل غالب مردم محله از مشاغل سطح پایین و کارگری می‌باشد، بنابراین نمی‌توان درآمد بالایی برای غالب مردم محله متصور شد. در همین رابطه نتیجه بررسی پرسشنامه نشان می‌دهد که نزدیک به ۷۰ درصد از سرپرست‌های نمونه، درآمدی مابین ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان در ماه دارند. در این بین حتی رقم قابل توجهی از ساکنین محله نیز درآمد بسیار کمتری که بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار تومان در ماه را اعلام نموده‌اند که در صورت صحت گفتارشان، می‌توان گفت که تقریباً تمامی حاشیه‌نشینان محل زیرخط فقر قرار دارند. خط فقر را می‌توان به عدم تأمین حداقل نیازهای تغذیه‌ای، بهداشتی، آموزشی، مسکن و حمل و نقل یک خانواده، تعریف نمود. همچنین از سرپرست‌های خانوار خواسته شد پاسخ دهند درآمدشان بیشتر صرف چه اموری می‌شود؟ که شرح آن در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود.

جدول شماره (۵): میزان درآمد و عمده‌ترین موارد مخارج خانوار

میزان درآمد ماهانه (تومان)	فراوانی	درصد نسبی	درصد تراکمی
۱۰۰۰۰۰-۲۰۰۰۰۰	۷۹	۲۰//۸	۲۰/۸
۲۰۰۰۰۰-۳۰۰۰۰۰	۲۶۰	۶۸/۴	۸۹/۲
۳۰۰۰۰۰-۵۰۰۰۰۰	۴۱	۱۰/۸	۰/۱۰۰
۵۰۰۰۰۰-۸۰۰۰۰۰	-	-	-
مجموع	۳۸۰	۱۰۰	-
عمده‌ترین موارد مخارج	فراوانی	درصد نسبی	درصد تراکمی
معاش و تأمین مخارج خانواده	۳۰۵	۸۰/۳	۸۰/۳
پرداخت قسط و وام	۷	۱/۸	۸۲/۱
هزینه تحصیل فرزندان	۲۳	۶/۱	۸۸/۲
اجاره خانه	۴۵	۱۱/۸	۰/۱۰۰
مجموع	۳۸۰	۰/۱۰۰	-
میزان مخارج روزانه	فراوانی	درصد نسبی	درصد تراکمی
> ۵۰۰۰ تومان	۳۹	۱۰/۳	۱۰/۳
۱۰۰۰۰-۵۰۰۰۰ تومان	۳۳۱	۸۷/۱	۹۷/۴
۱۰۰۰۰-۱۵۰۰۰ تومان	۱۰	۲/۶	۰/۱۰۰
مجموع	۳۸۰	۰/۱۰۰	-

جدول شماره (۶): متوسط درآمد و مخارج ماهانه خانوار

مخارج ماهانه محل متوسط	متوسط مخارج روزانه محل	درآمد ماهیانه محلمتوسط	پس انداز ماهانه هر خانوار در محل
۲۳۸۴۲۱/۰۵۲	۷۹۴۷/۳۶۸۴	۲۹۲۷۱۰/۵۲۶۳	۵۴۲۴۰

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۱

تراکم افراد در واحد مسکونی

مطالعات میدانی صورت گرفته و نتایج حاصل از بررسی اطلاعات وارد شده در پرسش‌نامه، بیانگر این است که تراکم افراد در واحد مسکونی (تقسیم جمعیت بر مساحت تعداد کل مسکن) در محله مورد مطالعه (شادقلی خان)، به-طور متوسط ۵/۴۸۹۵ نفر در ساختمان‌هایی که به‌طور میانگین ۸۴/۳۸۶ متر مربع مساحت داشتند می‌باشد. همچنین براساس اطلاعات برگرفته از پرسش‌نامه مسکن میانگین اتاق‌های موجود در ساختمان‌های شادقلی خان ۲/۰۶ می‌باشد.

جدول شماره (۷): میانگین متراژ، تعداد اتاق، تعداد ساکنین و عمر ساختمان

میانگین متراژ فضای مسکونی در محل	۸۴/۳۸ (متر مربع)
میانگین تعداد اتاق در ساختمان‌های محل	۲/۰۶
میانگین تعداد افراد ساکن در مسکن محل	۵/۴۹
سرانه اتاق برای هر نفر	۳۷ سانتی‌متر مربع
میانگین عمر ساختمان در محل	۱۱/۵۱ سال

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۱

بررسی وضعیت تغذیه ساکنین محله

اصلی‌ترین مرجع بررسی وضعیت تغذیه ساکنین، رجوع به پاسخ سرپرست‌های خانوار در رابطه چگونگی دسترسی و مصرف غذاهای اصلی (شیر، گوشت مرغ، ماهی و گوشت قرمز، سبزی و میوه‌جات)، قدرت خرید خانوار و نیز میزان آگاهی و توجه آنها به تغذیه سالم می‌باشد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول شماره (۸): میزان مصرف گوشت، شیر، میوه و سبزی

میزان مصرف گوشت هفتگی خانوار (کیلوگرم)			
وضعیت	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
۰	۱۰۴	۲۷/۴	۲۷/۴
۰/۵ کیلوگرم	۷۰	۱۸/۴	۴۵/۸
۱ تا ۰/۵ کیلوگرم	۱۵۶	۴۱/۱	۸۶/۶
۱ تا ۲ کیلوگرم	۴۰	۱۰/۵	۹۷/۴
۲ تا ۳ کیلوگرم	۵	۱/۳	۹۸/۷
بیشتر از ۳ کیلوگرم	۵	۱/۳	۰/۱۰۰
مجموع	۳۸۰	۰/۱۰۰	-
سراجه مصرف روزانه شیر خانوار (به لیوان)			
وضعیت	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
۰	۶۷/۶۴	۱۷/۸	۱۷/۸
۱	۲۲۸	۶۰	۷۷/۸
۲	۴۲/۱۸	۱۱/۱	۸۸/۹
۳	۴۲/۱۸	۱۱/۱	۰/۱۰۰
بیشتر از ۳ لیوان	-	-	-
مجموع	۳۸۰	۰/۱۰۰	-
میزان مصرف روزانه میوه و سبزیجات خانوار (کیلوگرم)			
وضعیت	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
۰/۵ کیلوگرم	۷۰	۱۸/۴	۱۸/۴
۱ تا ۰/۵ کیلوگرم	۵۲	۱۳/۷	۳۲/۱
۱ تا ۲ کیلوگرم	۲۴۱	۶۳/۴	۹۵/۵
۲ تا ۳ کیلوگرم	۵	۱/۳	۹۶/۸
بیشتر از ۳ کیلوگرم	۱۲	۳/۲	۰/۱۰۰
مجموع	۳۸۰	۰/۱۰۰	-

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۱

تغذیه نامناسب نقش مهمی در پیشرفت بیماری‌های غیر واگیر دارد. طوری که امروزه الگوهای غذایی ۴ علت از ۱۰ علت مرگ (بیماری‌های قلبی و عروقی، انواع مشخصی از سرطان‌ها، سکتة مغزی، دیابت نوع دو، فشارخون بالا و هیپرکلسترولومی)، را تشکیل می‌دهد (میرمیران و همکاران، ۱۳۸۳: ص ۸۳۰). از این رو ارزیابی دریافت غذایی افراد، به دلایل متعددی حائز اهمیت است؛ چراکه پایش روند دریافت غذا و بررسی رژیم غذایی می‌تواند نشان‌گر وضعیت سلامت و یا بیماری جامعه باشد.

داده‌های بدست آمده در این رابطه از محله نشان می‌دهد، وضعیت تغذیه ساکنین جهت حفظ سلامت تن و روان خود مناسب نمی‌باشد. چرا که وضعیت مصرف غذاهای اصلی (شیر، گوشت مرغ، ماهی و گوشت قرمز، سبزی و میوه‌جات)، همان‌گونه که در جدول شماره (۸) مشاهده می‌شود بسیار پایین و ناامیدکننده است. جدول فوق گویای این مهم است که بیش از ۲۷ درصد از ساکنین محله هیچ‌گونه دسترسی به اصلی‌ترین منبع تأمین پروتئین (گوشت) ندارند.

مهم‌ترین ماده دریافتی از گوشت برای انسان، پروتئین است و با توجه به اینکه هر ۱۰۰ گرم گوشت، ۱۸ گرم پروتئین دارد می‌توان با محاسباتی که در ذیل انجام می‌شود، وضعیت دسترسی اهالی شادقلی‌خان به پروتئین مورد نیاز بدن را سنجید. با نظر به اینکه متوسط تراکم در واحدهای مسکونی محله شادقلی‌خان ۵/۴۸۹۵ نفر در هر واحد مسکونی است، می‌توان با روش ذیل - که از سوی مرحوم فرید در کتاب جغرافیای تغذیه پیشنهاد گردیده است - بهتر به وضعیت سرانه استاندارد مصرف گوشت و پروتئین در محله پی برد. البته در فرمول ذیل مقدار گوشت مورد نیاز برای داشتن یک زندگی سالم از بُعد تغذیه‌ای، به شکل روزانه مورد بررسی قرار می‌گیرد که می‌توان با تقسیم پاسخ سرپرست‌های خانوار در ارتباط با مقدار مصرف منابع گوشتی به عدد هفت مقدار مصرف گوشت روزانه ساکنین را نیز محاسبه نمود.

✓ هر ۱۰۰ گرم گوشت، ۱۸ گرم پروتئین دارد.

✓ به ازای هر یک کیلو گرم وزن فرد، روزانه یک گرم پروتئین حیوانی لازم است.

✓ متوسط وزن افراد مورد پرسش در این محله بر اساس محاسبات صورت گرفته، ۷۰/۴۶۸ کیلوگرم است.

✓ متوسط گوشت مصرفی هفتگی خانوار در محله ۸۲۵۰ گرم و یا به عبارتی ۸/۲۵ کیلوگرم به ازای ۳۸۰ خانوار مورد بررسی می‌باشد.

✓ با تقسیم ۸۲۵۰ گرم مصرف گوشت، بر ۳۸۰ خانوار به عنوان جامعه آماری، عدد ۲۱/۷۲ گرم به ازای هر خانوار در هفته به دست آمد.

✓ با تقسیم ۲۱/۷۲ گرم گوشت مصرفی هفتگی خانوار بر عدد هفت رقم ۳/۱۰۳ به دست آمد که این عدد میزان مصرف گوشت به صورت روزانه در بین خانوار مورد بررسی را نشان می‌دهد.

✓ حال جهت به دست آمدن میزان مصرف سرانه گوشت و پروتئین افراد در هر خانوار، عدد ۳/۱۰۳ را تقسیم بر متوسط تراکم افراد در مساکن مورد مطالعه می‌نمائیم. تراکم افراد چنانچه در فصل چهار نیز مورد اشاره قرار گرفت ۵/۴۸۹۵ نفر می‌باشد که با تقسیم ۳/۱۰۳ بر این عدد، رقم بسیار ناچیز ۰/۵۶۵ گرم گوشت روزانه به ازای هر فرد در خانوار به دست می‌آید که نشان از وضعیت بسیار نامناسب اهالی به لحاظ دسترسی به منابع گوشتی و پروتئینی است.

✓ حال میزان واقعی و مورد نیاز گوشت و پروتئین برای افراد مورد مطالعه را محاسبه می‌کنیم و با مقایسه نتایج به دست آمده پی به وضعیت مناسب یا نامناسب تغذیه از منابع گوشتی و پروتئینی ساکنین خواهیم برد.

۷۰ کیلوگرم (متوسط وزن ساکنین)



پروتئین مورد نیاز ۷۰ گرم (به ازای هر یک کیلو وزن فرد، روزانه یک گرم پروتئین نیاز است)



۱۸ گرم پروتئین = هر ۱۰۰ گرم گوشت

X = ۷۰

$$\frac{70 \times 100}{18} = 388$$

بنابراین برای هر فرد که به طور میانگین 70^y کیلوگرم وزن دارد، روزانه ۳۸۸ گرم گوشت مورد نیاز است تا به ۷۰ گرم پروتئین که شاخصی جهت تغذیه سالم است، دست یابد، ولی همان گونه که اشاره شد ساکنین محله شادقلی خان به طور متوسط روزانه ۰/۵۶۵ گرم گوشت مصرف می کنند که نشان از شرایط بحرانی دسترسی اهالی محله به تغذیه سالم بویژه از بُعد دسترسی به پروتئین حیوانی می باشد. این شرایط چنانچه در مباحث پیشین نیز اشاره شد، جز در نگاه سیستماتیک به وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی منطقه قابل تفسیر نیست. هم چنین با توجه به پاسخ سرپرست های خانوار مشخص شد که بیش از ۱۷ درصد از ساکنین محل، روزانه حتی یک لیوان شیر نیز نمی نوشند، در حالی که میزان استاندارد و توصیه شده مصرف شیر توسط متخصصان، ۲.۵ تا ۳ لیوان در روز است. این متخصصان، هم چنین تأکید می کنند که هر فرد بالغ روزانه به ۱۲۰۰ تا ۱۵۰۰ میلی گرم کلسیم نیاز دارد که این نیاز را می توان با مصرف روزانه دست کم ۲ لیوان شیر، این میزان کلسیم را تأمین نمود (سایت پزشکان بدون مرز www.pezeshk.us). هم چنین ۶۰ درصد از مردم شادقلی خان، در طول شبانه روز تنها ۱ لیوان شیر می خوردند که با توجه به اشتغال ساکنین به دامداری در محل، آمار مناسبی نیست. در این رابطه، به گزارش خبرنگار سایت پزشکان بدون مرز، کودکانی که روزانه در منزل یا مدرسه شیر مصرف می کنند ۴۰ درصد کمتر به بیماری هایی مانند سرطان روده مبتلا می شوند. زیرا شیر یک عامل دفاعی و حمایتی برابر بیشتر بیماری ها هم چون سرطان روده است. همچنین آنها اعتقاد دارند که عدم مصرف شیر در کودکی باعث می شود تا این افراد در بزرگسالی ۲۰ درصد بیش از دیگران به سرطان های دستگاه گوارش مبتلا شوند. مطالعات بیان گر این مطلب است که حداقل نیاز هر فرد به شیر و فرآورده های آن در سال، ۱۵۶ کیلوگرم، حد مطلوب ۳۰۰ کیلوگرم و میزان ایده آل ۴۵۰ کیلوگرم است (همان منبع). در این قسمت جهت درک بیشتر وضعیت مصرف شیر به عنوان یکی از منابع غذایی بسیار مهم و تأثیرگذار در سلامت-زیست افراد، به مقایسه سرانه مصرف شیر در شادقلی خان با استانداردهای ملی و بین المللی می پردازیم. مطالعات و بررسی های صورت گرفته بر روی پرسشنامه نشان می دهد که مجموع جامعه آماری مورد بررسی (۳۸۰ خانوار)، به طور متوسط روزانه ۴۱۴ لیوان شیر مصرف می کنند که با تقسیم این عدد بر تعداد خانوار مشخص شد که هر فرد به طور متوسط، روزانه ۱/۰۸ لیوان شیر می نوشد. زمانی که این عدد را در تعداد روزهای سال یعنی ۳۶۵ ضرب می کنیم، عدد ۳۹۵ به دست می آید. این بدان معنی است که هر فرد به طور متوسط در شادقلی خان، سالانه ۳۹۵ لیوان شیر مصرف می کند. محاسبات ساده نگارندگان نشان می دهد که شیر موجود در فضای هر لیوان، ۲۲۳ گرم وزن دارد که با ضرب این عدد بر ۳۹۵ (تعداد لیوان مصرفی شیر به ازای هر نفر در محل)، عدد ۸۸۰۸۵ به دست آمد. یعنی هر فرد در شادقلی خان به طور متوسط، سالانه ۸۸۰۸۵ گرم و یا به عبارتی ۸۸/۰۸ کیلوگرم شیر مصرف می کند. حال جهت مقایسه و نتیجه گیری در رابطه با میزان مصرف شیر و سلامت تغذیه افراد ساکن محله مورد مطالعه، میزان مصرف شیر در شادقلی خان، ایران، اروپا و جهان را در جدول و نمودار ذیل مقایسه نموده ایم.

^y- میانگین تقریبی وزن سرپرست های خانوار در محله مورد مطالعه ۷۰ کیلوگرم می باشد.

جدول شماره (۹): مقایسه متوسط سرانه مصرف شیر در برخی از نقاط جهان

متوسط سرانه مصرف سالانه شیر در مناطق مختلف جهان و شادقلی خان (کیلوگرم)	
۱۹۰	جهان
۴۰۰	اروپا
۳۰۰	آمریکا
۹۰	ایران
۸۸	شادقلی خان

منبع: (www.pezeshk.us) و یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۱

همان‌گونه که در جدول شماره (۹)، مشخص است، متوسط سرانه مصرفی شیر در شادقلی خان نسبت به سرانه مصرف شیر در مقیاس ملی بسیار نزدیک است ولی همانند سرانه مصرفی ایران در مقیاس ملی، با استانداردهای جهانی فاصله بسیاری دارد. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که سلامت تغذیه با شیر در ایران و شادقلی خان وضعیت بحرانی دارد که این امر باعث شده در حوزه سلامت، هزینه بالایی جهت رفع پوکی استخوان بپردازد. در حالی که پوکی استخوان در دنیا بالای ۷۵ سالگی اتفاق می‌افتد، این رقم در کشور ایران به زیر ۵۰ سال که در مجموع بیش از ۲۵ سال پایین‌تر از آمار کل دنیاست رسیده است (food.comwww.world). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که تغذیه با شیر ساکنین محله مانند قسمت قبلی از وضعیت رضایت بخشی برخوردار نمی‌باشد. در ادامه اثبات فرضیه سوم و در سومین قسمت از این بخش، مشاهده می‌شود که میزان مصرف میوه و سبزیجات در میان ساکنین شادقلی خان شرایط مناسبی ندارد. با توجه به اینکه تغذیه از میوه و سبزیجات، یکی از عمده‌ترین گروه‌های مواد غذایی تأثیرگذار در سلامت افراد است، مطالعات نگارندگان نشان می‌دهد که ساکنین شادقلی خان از این حیث نیز به‌مانند دو مورد قبلی شرایط نامناسبی دارند. جدول شماره (۸)، گویای این واقعیت است که بیش از ۱۸ درصد از خانوار ساکن در محله شادقلی خان که تراکم خانواری بیش از ۵ نفر دارند، روزانه تنها در حدود نیم کیلو میوه و سبزی مصرف می‌کنند که به‌طور سرانه رقمی معادل ۰/۰۹۱ گرم به ازای هر نفر در روز را نشان می‌دهد. همچنین بیش از ۱۳ درصد از ساکنین محله نیز روزانه بین نیم تا ۱ کیلو میوه و سبزی مصرف می‌کنند که با تقسیم این عدد بر تراکم خانوار (۵/۴۹) رقم بسیار ناچیز ۰/۱۳۷ گرم میوه و سبزی به‌ازای هر نفر در روز به‌دست می‌آید. در این رابطه، سازمان بهداشت جهانی، گزارش می‌دهد که در صورت مصرف مقدار کافی میوه و سبزیجات سالانه حدود ۲/۷ میلیون نفر از آمار مرگ و میر جهان کم می‌شود. این نهاد بین‌المللی میزان مصرف روزانه میوه و سبزیجات برای هر فرد را حداقل ۴۰۰ گرم تعیین کرده که معادل ۱۴۶ کیلوگرم در سال است (news.comwww.health). در حالی که میانگین مصرف سرانه میوه در ایران معادل ۱۵۸ کیلوگرم یعنی بالاتر از میانگین استاندارد جهانی است (همان‌منبع)، ولی در محله شادقلی خان میانگین مصرف سرانه میوه و سبزی ۵۰/۰۰۵ کیلوگرم در سال است (نگارندگان: ۱۳۹۰)، بنابراین ملاحظه می‌شود که میانگین مصرف میوه و سبزی نیز به‌مانند دو فاکتور گذشته نسبت به استانداردهای ملی و بین‌المللی اختلاف بسیار زیادی دارد. آنچه مسلم است، شرایط نامناسب تغذیه افراد در محله شادقلی خان از هر سه گروه مواد غذایی اصلی می‌باشد. در نگرش سیستماتیک به این موضوع می‌توان گفت که مهم‌ترین عامل ایجاد شرایط فوق در محله، ضعف مفرط وضعیت اقتصادی اهالی می‌باشد که خود این مسئله نیز نشأت گرفته از ضعف ساختار فرهنگی و آموزشی

است که در ارتباط با یکدیگر به ضعف و ناکارآمدی تغذیه ساکنین و در نهایت به کاهش ضریب سلامت زیست اهالی منجر می‌شود. در صورت صحت گفتار ساکنین می‌توان گفت که شرایط تغذیه‌ای ساکنین محله با در نظر گرفتن مجموع ۳ فاکتور مورد بررسی (مصرف گوشت، شیر، میوه و سبزیجات) بسیار نامناسب است و از آنجا که این سه دسته غذایی و مصرف آنها ارتباط مستقیمی با سلامت جسم و البته روح افراد دارد، می‌توان نتیجه گرفت که حاشیه- نشینان محله شادقلی‌خان، به علت ضعف دسترسی به تنوع غذایی و سلامت تغذیه (به علت ضعف مفرط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) از شاخص‌های سلامت زیست (جسمانی-روانی و اجتماعی) مناسبی برخوردار نمی‌باشند بنابراین فرضیه فوق در رابطه با ضعف بنیان‌های سلامت در محله شادقلی‌خان به علت کیفیت نامناسب تغذیه و امنیت غذایی تأیید می‌شود.

بررسی میزان احساس امنیت غذایی در میان ساکنین

جهت بررسی این مقوله در محله، نگارندگان در پایان پرسشنامه، سؤالی با این مضمون که با توجه به وضعیت اقتصادی و درآمدی و نیز دانش خود در رابطه با اصول تغذیه سالم، میزان امنیت غذایی خود (دسترسی به تنوع غذایی سالم که ضامن نشاط و سلامتی باشد) و خانواده خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ پاسخی به شرح جدول ذیل دادند.

جدول شماره ۱۰: احساس امنیت غذایی در میان ساکنین شادقلی‌خان

احساس امنیت غذایی در میان ساکنین شادقلی‌خان			
وضعیت	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
بسیار بالا	۲۷	۷/۱	۷
بالا	۱۷	۴/۵	۱۱/۶
متوسط	۵۵	۱۴/۴	۲۶
پایین	۲۱۸	۵۷/۴	۸۳/۴
بسیار پایین	۶۳	۱۶/۶	۱۰۰
مجموع	۳۸۰	۰/۱۰۰	-

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۱

امنیت غذایی نخستین اصل برای حفظ سلامت افراد ساکن در شهرهای امروزی که با آلودگی‌ها و ناهنجاری‌های بسیاری روبرو می‌باشند به شمار می‌رود تا بدین طریق بتواند نقش کلیدی خود را به عنوان عنصر اصلی توسعه اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی ایفا کند. دستیابی به غذای سالم و کافی، از شاخص‌ترین حقوق اجتماعی و فرهنگی افراد به شمار می‌رود (آزادبخت و اسماعیل‌زاده، ۱۳۸۷: ص ۸۹) زیرا امروزه، عامل ۴ علت از ۱۰ علت مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان، سکنه مغزی و دیابت ناشی از شرایط نامناسب تغذیه‌ای است (میرمیران و همکاران، ۱۳۸۳: ص ۸۳۰). بنابراین پرواضح است که «سلامت، فقر و غذا به‌طور جدایی‌ناپذیری به یکدیگر پیوسته‌اند (هیل، ۱۳۸۷: ص ۱۲۴) و بروز هرگونه نقصی، چه از جانب افراد و چه از جانب دولت در این زمینه، می‌تواند انسان را با فجایع ناگواری روبرو کند، فجایعی که خود مولد بسیاری از آلام جان‌سوز اجتماعی- اقتصادی است» (محلاتی، ۱۳۸۰: ص ۶۱۶). در جامعه ایران دو گروه هستند که دسترسی کاملی به امنیت غذایی و تغذیه سالم ندارند. این دو گروه شامل کسانی هستند که یا به علت بضاعتهای مالی توانایی تهیه مواد غذایی سالم و مقوی ندارند. یا اینکه علی‌رغم

توانایی مالی، به‌علت مصرف غیرصحیح مواد غذایی فاقد امنیت غذایی می‌باشند که محله مورد مطالعه در این مقاله مشمول هر دو مورد مذکور می‌باشند. در این رابطه، جدول شماره ۱۰ بیان‌گر ضعف شدید احساس امنیت غذایی در میان ساکنین شادقلی خان است. چنین وضعیتی در ارتباط با دسترسی به تنوع و سلامت غذایی که متضمن شادابی و رضایت از زندگی ساکنین باشد ارتباط عمیقی با جداول شماره (۳)، (۵)، (۶) و (۷) دارد که در آن وضعیت تحصیلی و درآمدی افراد مشخص شده است. در این ارتباط همان‌گونه که مشخص شد، به‌علت ضعف بنیان‌های فرهنگی، سطح پایین تحصیلات سرپرست خانوار و نیز مشاغل نامناسب که به‌تبع سطح درآمد بسیار پایینی نیز برای شاغلین به‌همراه خواهد داشت، میزان احساس امنیت و دسترسی به تنوع غذایی مناسب (گوشت، شیر، میوه و سبزیجات) در محل نیز بسیار پایین و نگران‌کننده است. امروزه متأسفانه در تمام کشورهای جهان، بویژه کشورهای فقیر (به‌لحاظ منابع مالی، فرهنگی و یا مدیریتی)، به‌علت فقر حاکم جامعه و با توجه به «رابطه تنگاتنگ وضعیت اجتماعی-اقتصادی و بویژه درآمد افراد با شرایط تغذیه‌ای» (Chakraborty and et all, 2009: p.47)، دهک‌های پایین جامعه که حاشیه‌نشینان را در متن خود می‌بیند، قادر نیستند به‌اندازه کافی مواد انرژی‌زا و پروتئینی مورد نیاز را در طول روز مصرف نمایند و از این نظر گرفتار عواقب سوءتغذیه شده‌اند که از بزرگ‌ترین تبعات آن ضعف جسمی-روانی برای این افراد و نسل‌های بعد و نیز وارد آمدن خسارات به‌کل مجموعه و نهادهای مرتبط با سلامت و بهداشت شهری خواهد بود.

نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهادات

حاشیه‌نشینی، فقر، کیفیت ناسالم زندگی، تحصیلات پایین، مشاغل نامناسب، کالبد زشت، بزهکاری، قرارگیری در معرض انواع بیماری، درآمد پایین، مدیریت ناصواب بودجه خانوار و... از مواردی می‌باشند که همواره در مطالعات محققان مختلف از محلات مختلف حاشیه‌نشینی بدان اشاره می‌شود. مقاله حاضر نیز ضمن تأیید نتایج بسیاری از مطالعات صورت گرفته، به مطالعه شاخص جدیدی (سلامت تغذیه و امنیت غذایی) در محله حاشیه‌نشین شادقلی-خان شهر پرداخته است. نتیجه مطالعه در این محله حاکی از بافت جمعیتی مهاجر روستایی می‌باشد که غالباً از شمال غرب کشور تشکیل یافته‌اند. فقدان مهارت و تخصص‌های لازم شهری، فرهنگ صحیح شهرنشینی، مدنیت، آموزش، تحصیل و سواد در محل از دیگر ویژگی‌های بارز ساکنین محل می‌باشد که تمام جنبه‌های زندگی در محل را تحت الشعاع خود قرار داده است. نتیجه مقاله حاضر نشان می‌دهد که میزان ترک تحصیل در بین دانش‌آموزان در محله شادقلی خان بسیار بالا می‌باشد که وجود مشکلات اقتصادی خانواده‌ها، عدم علاقه فرزندان به تحصیل و بی‌سوادی والدین از عوامل اصلی وضعیت فوق است و از آن‌جا که سواد و وضعیت تحصیلی و سلامت زیست، ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند، می‌توان گفت که شرایط موجود محله در این زمینه از وضعیت مناسبی برخوردار نمی‌باشد. همچنین نتیجه اصلی مقاله حاضر که در واقع مطالعه کیفیت تغذیه و امنیت غذایی حاشیه‌نشینان شادقلی-خان و مقایسه آن با استانداردهای موجود بود، نشان از وضعیت بسیار نامناسب ساکنین محل به‌لحاظ میزان مصرف سه قلم از مهم‌ترین دسته‌های مواد غذایی که شامل گوشت قرمز، گوشت مرغ، شیر، میوه و سبزیجات بود دارد، طوری که در نتیجه این مطالعه مشخص شد که ساکنین محله در ارتباط با مصرف این سه قلم در مقایسه با استانداردهای ملی و بین‌المللی بویژه میزان مصرف گوشت (گوشت قرمز و یا گوشت مرغ) در سطح بسیار پایینی

می‌باشد که در نهایت به تهدید جدی سلامت و رشد ساکنین محل بویژه کودکان در حال رشد منجر خواهد شد. آنچه که در این بخش و در رابطه با توضیح ساکنین محل در زمینه کیفیت و دسترسی نامناسب به منابع غذایی باید اشاره شود، بحث هدفمند نمودن یارانه‌ها می‌باشد که اهالی ساکن در محل، سیاست مذکور را یکی از عوامل اصلی گرانی و عدم دسترسی به منابع غذایی مختلف عنوان می‌نمودند. آنها در مقایسه تطبیقی زمان حاضر (بهار ۱۳۹۰)، با دوران قبل از هدفمند نمودن یارانه‌ها، اشاره می‌نمودند که تا قبل از اجرای این سیاست بیشتر و بهتر به منابع مختلف غذایی دسترسی داشته و امنیت غذایی نسبی را در زندگی خود احساس می‌نمودند، طوری که امروزه ۷۴ درصد از مردم محله، میزان احساس امنیت غذایی خود (دسترسی به تنوع غذایی سالم که ضامن نشاط و سلامتی باشد) و خانواده خود را ضعیف و بسیار ضعیف اعلام نموده‌اند. در مجموع می‌توان گفت که شرایط سلامت زیست ساکنین محل به علت، عدم برخورداری از تخصص، سطح پایین تحصیلات، مشاغل نامناسب، درآمد پایین و کیفیت نامناسب تغذیه و دسترسی به تنوع غذایی، سطح بسیار نازلی دارد که در نهایت به تهدید جدی سلامت تن و روان ساکنین محل بویژه کودکان در حال رشد انجامیده است.

از نظر نگارندگان که به صورت مستقیم تحت تأثیر نتایج پرسشنامه، بویژه مصاحبه‌های صورت گرفته با مردم مناطق مختلف می‌باشد، مهمترین عامل که البته باید مدنظر مسئولین شهری، استانی و مقامات کشوری جهت بهبود وضعیت تغذیه که به صورت مستقیم در سلامت افراد و نیز کاهش هزینه خدمات درمانی کشور مؤثر می‌باشد، ایجاد اشتغال و فراهم نمودن زمینه‌های مناسب شغلی افراد است، زیرا با نداشتن شغل و به تبع آن درآمد مناسب که به صورت عینی در میان شهروندان محله شادقلی خان شهر قم به عنوان نمونه‌ای از تمام محلات حاشیه‌نشین در شهرستان قم و حتی کشور، مشاهده شده است، افراد توانایی برخورداری از تغذیه مناسب و به تبع آن سلامت تن و روان ندارند و همواره غرق در مشکلات اقتصادی خود که مستقیماً به سلامت آنان ضربه می‌زند، می‌باشند. در کنار این مورد اساسی و با توجه به مطالعات و مشاهدات صورت گرفته، پیشنهادات ذیل، با توجه به مشکلات و کمبودهای موجود محله که قابلیت تعمیم به سایر محلات حاشیه‌نشین را نیز دارد ارائه می‌گردد.

✓ برگزاری کلاس‌های مدیریت بودجه خانوار در محله (نگارندگان بر این اعتقاد می‌باشند که با برگزاری این کلاس‌ها، بیشتر و بهتر می‌توان با مشکلات اقتصادی و درونی خانوار در این گونه محلات آشنا شد و به تبع آن به تحلیل دقیق وضعیت اقتصادی و معیشتی خانوار پرداخت).

✓ برگزاری کلاس‌های آموزشی در زمینه‌های مختلف در محله (این مهم با توجه به بیکاری بالا و وجود افراد جوان در محله مورد مطالعه از اهمیت بسیاری برخوردار است، چرا که با ورود جوانان بیکار محله به جرگه تخصصی و مهارت محور شهری، زمینه‌های به‌کارگیری آنان در بازار کار نیز فراهم شده و بدین ترتیب می‌توان به بهبود وضعیت اقتصادی و معیشتی خانوار محله در آینده امیدوار بود).

✓ تشویق به ادامه تحصیل و جلوگیری از ترک تحصیل کودکان و نوجوانان محله (چرا که در حال حاضر بسیاری از مصائب و مشکلات (شغل نامناسب، وضعیت فرهنگی نامناسب، درآمد اندک و در نهایت ضعف شاخص‌های تغذیه) موجود در میان خانوار مورد مطالعه در محله شادقلی خان به صورت مستقیم و غیرمستقیم به وضعیت

- نابسامان تحصیلی و سواد بسیار اندک والدین باز می‌گردد که این مهم در نسل‌های بعدی خود نیز به صورت ترک تحصیل فرزندان در سنین پایین مشاهده می‌شود.
- ✓ توجه کافی والدین به کفایت و کیفیت تغذیه کودک و نونهالان در خانه، طوری که منجر به فقرکمی و کیفی رژیم غذایی در کودک نشود.
- ✓ ارائه برنامه آموزش بهداشت، ارتقاء سلامت و بهبود شیوه‌های زندگی برای دانش‌آموزان و والدین محل در مدارس موجود در محله از سوی افراد مجرب.
- ✓ تشکیل جلسات و کلاس‌های آموزشی رایگان در محل، بویژه برای بانوان در رابطه با مراقبت‌های بهداشتی، تغذیه سالم و طبخ مناسب غذا.
- ✓ تشکیل تیم مشاوره‌ای مستقل در شهرداری‌ها به منظور ارائه خدمات مشاوره شغلی، فنی، بهزیستی-سلامت و اجتماعی به مهاجران حاشیه‌نشین.
- ✓ گسترش پوشش آموزش عمومی در زمینه رفع سوء تغذیه در محل به‌عنوان یکی از فاکتورهای بسیار مهم دسترسی به سلامت زیست و شاخص‌های سلامت.

منابع

- آزادبخت، لیلا، اسماعیل‌زاده، احمد (۱۳۸۷)، تنوع غذایی: شاخصی از سلامت و کفایت تغذیه‌ای، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، سال سیزدهم، شماره دوم، صص ۸۸-۹۷.
- 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.
- بختیاری، صادق، نصراللهی، خدیجه و مصطفی عمادزاده (۱۳۸۱)، سیاست‌های تعدیل اجرا شده در برنامه اول عمرانی و امنیت غذایی در استان اصفهان، *پژوهشنامه بازرگانی*، ۱۳۴-۹۹.
- 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 ۵۲-۲۲.
- سلطان‌زاده، محمدحسین (۱۳۸۷)، تغذیه سالم، ماهنامه کودک، *ماهنامه آموزش، اطلاع رسانی*، شماره ۴۵.
- شکوئی، حسین (۱۳۸۲)، *فلسفه‌های محیطی و مکتب‌های جغرافیایی*، انتشارات گیتاشناسی، جلد دوم، تهران.
- شکوری، علی (۱۳۸۳)، امنیت غذایی و دسترسی به آن در ایران، پژوهش‌نامه علوم اجتماعی، شماره ۲۴، *پژوهش‌نامه علوم اجتماعی*، شماره ۲۴، صص ۱۶۰-۱۳۳.
- عابدین‌درکوش، سعید (۱۳۶۴)، *درآمدی بر اقتصاد شهری*، چاپ اول، انتشارات مرکز نشر دانشگاهی، تهران.
- قادری مطلق، قرنی (۱۳۸۷)، علل شکل‌گیری اسکان غیررسمی در شهرمهاباد؛ مطالعه موردی: کانی صوفیه رشید، دانشگاه تهران، رشته جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری.
- کرم‌سلطانی، زهرا، درستی، احمدرضا، اشرافیان، سیاسی، فریدون و ابوالقاسم جزایری (۱۳۸۶)، چاقی و امنیت غذایی در کودکان دبستانی شهر یزد، *مجله دانشکده پزشکی*، دانشگاه تهران، دوره ۶۵، شماره ۷، صص ۷۶-۶۸.

محلای، صلاح‌الدین (۱۳۸۰)، ارتباط تنگاتنگ و خطرناک فرهنگ، اقتصاد، سیاست و نظام غذایی، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تهران، صص ۶۳۰-۶۱۵.

محمدپورکلده، محمود، فولادوند، مرادعلی و مهران آوخیسمی (۱۳۸۹)، عدم امنیت غذایی به‌عنوان عامل خطرجهت چاقی درخانم‌های کم‌درآمد بوشهری، فصلنامه طب جنوب، سال ۱۳، شماره ۴، صص ۲۷۲-۲۶۳.

محمدزاده، آسیه، درستی مطلق، احمدرضا و محمدرضا اشرافیان (۱۳۸۹)، رابطه امنیت غذایی با عوامل اجتماعی-اقتصادی و وضعیت وزن و جوانان، مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران، سال پنجم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۹، صص ۶۲-۵.

میرمیران، پروین، آزادبخت، لیلا و فریدون عزیزی (۱۳۸۳)، شاخص تغذیه سالم و ارتباط آن با کفایت رژیم غذایی در نوجوانان تهران: مطالعه قند و لیپید تهران، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال یازدهم، شماره ۴۳، صص ۸۴۰-۸۲۹.

میرمه، محمد (۱۳۸۴)، بررسی و ساماندهی اسکان غیررسمی درشهرقم؛ مورد، شیخ‌آباد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه تهران.

هوشیارراد، آناهیتا و معصومه غفارپور (۱۳۸۵)، سبذغذایی مطلوب پیشنهادی کشور، مطالعات و یافته‌های اولیه، انتشارات انستیتو و تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، چاپ دوم.

هیل، مایکل (۱۳۸۷)، محیط زیست و سیاست اجتماعی، مترجمان حسین حاتمی‌نژاد و سهراب امیریان، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ اول، تهران.

یوسفی، عبدالرضا و همکاران (۱۳۸۶)، ترویج تغذیه سالم، فصلنامه بهروز، سال هجدهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۶.

یزدی‌زاده، بهاره و همکاران (۱۳۸۸)، بهره‌برداری از پژوهش‌ها برای تصمیم‌گیری‌های نظام سلامت، مجله پژوهشی حکیم، تابستان ۱۳۸۸، دوره دوازدهم، شماره دوم، صص ۱۰-۱.

Ali, S.I, Hall K.R, Aronson, K. Philip L (2009), Humanitarian engineering in Mylai Balaji Nagar: An integrated water, environment and public health project for slums in the Indian Subcontinent, www.Elsevier.com, pp.418-427 .

Arimah, Benche (2010), the face of urban poverty ,Explaining the Prevalence of Slums in Developing Countries, united nation university.

Asthana Sheena (1995), Variation in Poverty and Health Between Slum Settlement: Contadictory Findings From Visakhapantnam, India, www . Elsevier.com, Vol.40. No 2, pp.177-188 .

Chakraborty, Raja, Kaushik Bose, Samiran Bisai (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, www.Elsevier.com, pp. 45-75 .

Chowdhury, Farhat Jahan Nurul Amin A.T.M (2006), Environmental assessment in slum improvement programs: Some evidence from a study on infrastructure projects in two Dhaka slums, www.Elsevier.com, pp. 530-552 .

Lall, Somik, Mattias, Lundberg and Zmarak Shalizi (2008), Implications of alternate policies on welfare of slum dwellers: Evidence from Pune, India, Journal of Urban Economics, www. Elsevier .com, pp.56-73 .

Nijman ,Jan (2008), Against the odds: Slum rehabilitation in neoliberal Mumbai , www.elsevier.com/locate/cities, 73-85 .

Ozener, Bariş and Bernhard Fink (2010), Facial symmetry in young girls and boys from a slum and a control area of Ankara, Turkey, journal Evolution and Human Behavior , www.elsevier.com, pp. 436-441 .

Semba, Richard, SaskiadePee, Klaus Kraemer, KaiSun, Andrew Thorne Lymanb, Regina Moench-Pfanner, MayangSari, Nasima Akhter and Martin W. Bloem(2009),Journal of Int.J.Hyg.Environ.Health 212,www.elsevier.pp.387-397.

Taleshi,mustaf,(2009),Informal Settlements and Sustainable Urban Development Case Study:Metropolis of Mashhad in Northeastern of Iran, World Applied Sciences Journal ,IDOSI PublicationsWorld Applied Sciences Journal 7(10):1235-1238, 2009 .

Tsujita ,yuko(2009),deprivation of education in urban areas: a basic profile of slum children in delhi ,india.institute of developing economies.ide discussion paper no.199.

Verhagen, Hans, Vos, Ellen, Francl, Sheila , Heinonen, Marina and Henk van Loveren(2010), Status of nutrition and health claims in Europe, journal homepage: www.elsevier.com/locate/yabbi,pp 6-15 .

Zhao,Y, S. Cui,J. Yang,W. Wang, A.Guo, Y.Liu,W. Liang (2010), Basic Public Health Services Delivered in an Urban Community:a Qualitative Study, www .Elsevier.com,pp. 1-10

www.health news.com

www.pezeshk.us

www.world food.com

www.google earth.com

