



صد و بیست و نهمین جلسه گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی

سه‌شنبه ۱۴۰۳/۹/۶

حاضرین در جلسه:

دکتر حسین باهر - دکتر نرجس بختیار خلج - دکتر انوشیروان محسنی بندپی - دکتر محمد زکریا پزشکی - دکتر عباس پسنزاده - دکتر ابوالقاسم پوررضا - دکتر نرگس تبریزی - دکتر سید محمدحسین جوادی - دکتر علی رمضانخانی - دکتر محمد سبزی خوشنامی - دکتر علیرضا شریفی یزدی - دکتر فردین قریشی - دکتر محمدجواد کبیر - دکتر حبیب اله م‌سعودی فرید - دکتر سید امیرحسین قاضی‌زاده هاشمی - دکتر شیوا مافی مرادی - دکتر عباسعلی ناصحی - دکتر فرهاد نصرتی‌نژاد - دکتر عباس وثوق مقدم

دستور جلسه:

- ارائه استاد محترم جناب آقای دکتر حاجی فرجی با عنوان «سلامت و امنیت غذایی و نابرابری در سطوح استانی»

با برجسته کردن رابطه پیچیده بین نتایج سلامت و دسترسی به غذای مغذی و بررسی نابرابری‌ها، امیدواریم بتوانیم تصمیمات سیاسی را آگاهانه و مداخلات هدفمند را برای بهبود رفاه همه افراد جامعه انجام دهیم. امنیت سلامت شامل دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت، پیشگیری از بیماری و رفاه کلی است و امنیت غذایی به دسترسی فیزیکی و اقتصادی مداوم به غذای کافی، ایمن و مغذی اشاره دارد. این شامل عواملی مانند دسترسی به غذا، مقرون به صرفه بودن، و توانایی برآوردن نیازهای غذایی برای یک زندگی فعال و سالم است.

نگاهی دقیق‌تر به نابرابری استانی

در مناطق شهری، به طور کلی دسترسی بهتری به امکانات مراقبت‌های بهداشتی و گزینه‌های غذایی متنوع وجود دارد و سطح درآمد بالاتر اغلب با بهبود نتایج سلامت و امنیت غذایی مرتبط است. در مناطق روستایی، دسترسی به امکانات مراقبت‌های بهداشتی محدود و انتخاب‌های غذایی کمتر است و سطوح پایین درآمد ممکن است منجر به پیامدهای بدتر سلامتی و افزایش ناامنی غذایی شود. در مناطق ساحلی، دسترسی به غذاهای دریایی اما آسیب‌پذیر در برابر تغییرات آب و هوایی بر تولید غذا تأثیر می‌گذارد و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی بسته به سطح شهرنشینی متفاوت است. در مناطق محصور در خشکی، ممکن است حمل و نقل و توزیع مواد غذایی با چالش‌هایی روبرو شود و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اغلب به نزدیکی به شهرهای بزرگ بستگی دارد.

عوامل کلیدی مؤثر بر نابرابری های استانی عبارتند از:

نابرابری های اقتصادی، زیرساخت ها، آموزش و پرورش (سواد سلامت و دانش تغذیه)، عوامل فرهنگی و شرایط محیطی تا ۴۵٪ تفاوت در دسترسی به مراکز بهداشتی-درمانی بین استان های دارای بیشترین و کمترین خدمات وجود دارد. عموماً ۲۵٪ مناطق روستایی سه برابر مناطق شهری دچار ناامنی غذایی هستند و با دسترسی جمعیت روستایی به برنامه های آموزشی تغذیه، ۴۰٪ درصد در مقایسه با ۸۵ درصد در مناطق شهری است.

تأمین امنیت غذا و تغذیه در سطح خانوار تابع چهار عامل:

دسترسی فیزیکی پایدار (غذا در محل زندگی)، دسترسی اقتصادی (درآمد و قیمت ها)، فرهنگ و سواد تغذیه ای و رهایی از بیماری است.

مدیریت امنیت غذا و تغذیه در قالب سیستم کلان غذا و تغذیه مشتمل بر زیرسیستم های: تولید، عرضه و نگهداری، تبدیل و توزیع و مصرف است.

طبق گزارش مرکز آمار ایران در آذر ماه ۱۴۰۰ نسبت هزینه های گروه خوراکی ها، آشامیدنی و دخانیات به کل هزینه ها (شاخص آسیب پذیری اقتصادی خانوار) در دهک اول در آمدی ۴۳ درصد و در دهک دهم ۱۷ درصد بود. جنس محرومیت فقرا در همه مناطق و در میان همه گروهها مشابه یکدیگر نیست (فقر چند بعدی) و نرخ محرومیت در سطح ملی و استانی بسیار متفاوت است. بررسی ها و تحلیل داده های موجود در زیر سیستم مصرف، کوچک شدن و جابجایی چشمگیر مواد غذایی در سبد غذایی خانوارها بویژه در ده سال اخیر و نابرابری های عمده سفره میان خانوارها، استانها، شهر و روستا و کاهش سیری سلولی بدلیل جابجایی های سبد، افزایش مصرف انرژی یا سیری شکم و کاهش مصرف ریزمغذی ها را نشان می دهد.

❖ در بررسی چهار سبد غذایی کشور، مشاهده شده که سبد فقر، سبد خرید حدود ۴۰ درصد جامعه است (که نیمی از آنها را خانواده های با سرپرست کم سواد تشکیل میدهند).

❖ بررسی های سبد مطلوب غذا در کشور نشان داده است که تأمین نیازهای تغذیه ای جامعه، مستلزم افزایش عرضه سبزی و میوه به میزان ۲۵ درصد، گوشت به میزان ۳۰ درصد، لبنیات در حدود ۳۵ درصد و کاهش غلات به میزان ۲۵ درصد است. این در حالی است که بیش از ۳۰ درصد جامعه نیز با مصرف غذایی اضافی رو به رو هستند.

❖ نبود برنامه ریزی مرکزی در زمینه فعالیتهای حمایتی، اشتغال زایی و کاهش فقر، دسترسی نامتوازن به تسهیلات بانکی، مهاجرت های نامناسب و برنامه ریزی نشده درون کشوری و برون کشوری، بالا رفتن نرخ شهرنشینی، تصمیمات شتاب زده و بدون مطالعه در زمان بحران و تکانه ها، نبود هماهنگی کافی میان ارائه کنندگان آموزش های فنی و حرفه ای و توجه به نیازهای بازار کار در برنامه های مهارت آموزی جدید، عدم حمایت از سازمانهای مردم نهاد برای تسهیل ارتباط میان جوامع محلی و نهادهای اجرایی در برنامه جامع کاهش فقر از جمله چالش های وجود شاغین کم درآمد است.

ضرورت سیاست های کشاورزی و معیشتی منطبق بر سیاست های غذایی:

❖ سیاست تولیدات کشاورزی باید به گونه ای تدوین شود که کشاورزان را به سوی تنوع بیشتر در محصولات تولیدی سوق دهد. بدین ترتیب زارعان را باید به تلفیق دامداری با زراعت و کشت و برداشت میوه و سبزی در الگوی تولید ترغیب کرد.

❖ برای تأمین گوشت مورد نیاز، ظرفیت تأمین نهاده های تولید با محدودیت روبرو است. لذا افزایش تولید و مصرف حبوبات به عنوان جانشین پیشنهاد می گردد.

- ❖ ساماندهی و اداره هدفمند یارانه های غذایی در نظام و سیاستهای حمایتی دولت جهت اثربخشی و کارایی بیشتر آن منطبق بر نیازهای تغذیه ای.
- ❖ افزایش درآمد توأم با مهارت های مدیریت منابع در خانوار، ارزش افزوده و بهره وری بیشتر در سرمایه گذاری ها را برای توسعه اجتماعی به همراه دارد.
- ❖ با توجه به مشکلات حاصل از عدم دسترسی مستمر به مواد اولیه در صنایع تبدیلی غذایی، احداث مجتمع های کشت و صنعت، قطب های تولید و تبدیل در کنار هم ضروری است.
- ❖ حذف یارانه افراد و خانوارهای پردرآمد و افزایش یارانه افراد با دهک های پایین درآمدی و بیکار.
- ❖ حذف واسطه ها به انحاء مختلف و تقویت تعاونی های روستایی و ایجاد بازارهای عرضه مستقیم محصولات زراعی به منظور حمایت از زنجیره تولید به مصرف و افزایش قدرت خرید مردم.
- ❖ جلب حمایت سازمان های غیردولتی (خصوصی، خیرین و مردم نهاد) در راستای اجرای برنامه های کاهش فقر غذایی.
- ❖ توسعه کشاورزی گلخانه ای به منظور دسترسی بیشتر به محصولات در اقصی نقاط کشور با کاهش هزینه های حمل و نقل.
- ❖ تخصیص و تسهیل یارانه به نهادهای تولید با نظارت مستقیم سازمان های ذیربط و خرید تضمینی محصولات بر اساس قیمت تمام شده.
- ❖ بهره برداری و توسعه صنایع تبدیلی خرد و کلان در کنار منابع تولید دامی و کشاورزی با رویکرد اشتغال زایی و به حداقل رساندن تلفات تولید در بخش دامی، باغی و جالیزی.
- ❖ ایجاد سیستم های نظارتی قوی برای پیگیری پیشرفت و اطمینان از پاسخگویی در کاهش نابرابری های استانی.

رئوس نتایج مذاکرات در جلسه:

آماري از بیماری های زمینه ساز (پرفشاری خون، دیابت، کلسترول بالا، اضافه وزن و چاقی، پوسیدگی دندان کودکان)، اختلالات روانی و آسیب های اجتماعی ارائه و عواقب اجتماعی مشکلات غذایی مؤثر در چهار بعد سلامت تحلیل گردید. مفهوم شورش گرسنگان در اثر عدم بهره مندی و برخورداری از مواد غذایی سالم و کافی به اختصار مورد اشاره قرار گرفت. ارتباط عدم امنیت غذایی با دیگر مؤلفه های اجتماعی سلامت، مانند سواد مادر، جاده مناسب، و تکنولوژی ای که امروزه نقش مسلطی در بسیاری از عرصه ها ایفا می کند، همچنین به سیاست های ناکارآمد خودکفایی و ضرورت حکمرانی داده ها **data governance** و تغییر کاربری زمین های کشاورزی به زمین های کشت تریاک، و تقسیمات روز افزون زمین های بزرگ، تحت تاثیر قانون ارث، که آنها را از حیز انتفاع و کارایی خارج میکند، و ویلا سازی پرداخته شد. صادرات مواد غذایی و میزان ارز بازگشتی حاصل از آن، و نقش آن در امنیت غذایی مورد پرسش قرار گرفت. نقش واسطه ها و دلالی هم در بالا بردن قیمت مواد غذایی و محدود نمودن دسترسی اقشار مختلف با آن تاکید شد.

توصیه های مطرح شده برای پیگیری:

پرهیز از سیاست های متضاد، اتخاذ سیاست های بین بخشی، پرهیز از سیاست مرکز/ پیرامون و تمرکز بر توسعه متوازن برای کاهش آسیب های بزرگ اجتماعی مثل فقر و بیکاری و...، توجه به کیفیت و سلامت مواد غذایی وارداتی، احترام به قواعد و قوانین علمی و منطقی سیاستگزاری در جهان یکپارچه و توجه به بیماریهای ناشی از فقر غذایی از جمله چاقی به عنوان یکی از عوامل مؤثر در سلامت و منبعث از استرس فقر و عدم دسترسی به غذای کافی و لازم.

سایر موارد مهم:

توصیه های متعددی در رابطه با طرح پیشنهادی دکتر شریفی در رابطه با مهاجرت، بویژه به لحاظ متدولوژی ارائه شد. **Typology** مهاجرین، پیامدهای مثبت و منفی مهاجرت در ابعاد مختلف روح روانی، منزلت اجتماعی در نسل های مختلف مهاجران، نگاه سیستمی و منظور نمودن توامان مهاجر فرستی و مهاجر پذیری، تحلیل جامع هزینه منفعت مهاجرت، تاثیر مهاجرت بر ساختار هرم سنی کشور، باروری و انتقال سرمایه های مالی و ژنتیکی، لحاظ نمودن کشورهای انگلوساکسون در مطالعه، بهره برداری عملیاتی از نتایج مطالعه، و تعریف روشن تر و دقیق تر مفهوم از انجمله اند.

در رابطه با مطالب ارائه شده توسط آقای دکتر حاجی فرجی، توانمند سازی زنان، ضرورت رویکرد علمی و ساختاری به مساله، تامین بهره مندی برای اقشار نیازمند مخصوصا در هفت استان مشکل دار، برگزاری دوره های آموزشی برای کارشناسان سازمانهای ذیربط در امر امنیت غذایی، و... طرح گردید.