

Nutritional poverty trend in children of urban and rural areas in Kerman province: Cohort approach (1984-2012)

M. Nosratabadi*

Z. Halvaiepour**

*Ph.D. in Social Welfare and Health, Sirjan School of Medical Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Sirjan, Iran

**M.Sc. in Clinical Psychology, Sirjan School of Medical Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Sirjan, Iran

*Abstract

Background: Nutrition and access to it are important aspects of poverty analysis in multidimensional perspective. Measurement of nutritional poverty indices is important to inform policy makers about distributive effects of policy strategies on household and child welfare.

Objective: The aim of this study was to determine nutritional poverty trend in children of urban and rural areas in Kerman province from 1984 to 2012.

Methods: This trend analysis was conducted in Kerman Province during 2013. The nutritional poverty trend was measured in children of urban and rural areas using the data from the income-expenditure survey. Food calorie and the Foster, Greer and Thorbecke index were measured in the households. Childhood was divided into four age groups. Data were analyzed based on the ratio, gap and severity of poverty.

Findings: The nutritional poverty rate was different across the age groups in urban and rural households with child. The highest nutritional poverty was found in 2009 in both urban and rural households. The nutritional poverty rate in 0-5 year's old age group was lower than the other age groups in both urban and rural areas and in most years. Nutritional poverty was higher and more severe in rural areas compared to urban areas.

Conclusion: With regards to the results, provincial and regional policy makers should more emphasize on nutritional poverty reduction in rural areas.

Keywords: Nutrition Policy, Poverty, Child

Citation: Nosratabadi M, Halvaiepour Z. Nutritional poverty trend in children of urban and rural areas in Kerman province: Cohort approach (1984-2012). J Qazvin Univ Med Sci. 2015; 19 (3): 27-34.

Corresponding Address: Mehdi Nosratabadi, Sirjan School of Medical Sciences, Asadabadi Blvd., Sirjan, Iran

Email: nosrat.welfare@gmail.com

Tel: +98-913-5840073

Received: 16 Oct 2014

Accepted: 16 Feb 2015

روند فقر تغذیه در خانوارهای دارای کودک مناطق شهری و روستایی استان کرمان: رویکرد نسلی (۹۱-۱۳۶۳)

دکتر مهدی نصرت آبادی*

زهره حلوابی پور**

* دکترای سلامت و رفاه اجتماعی دانشکده علوم پزشکی سیرجان دانشگاه علوم پزشکی کرمان، سیرجان، ایران
** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشکده علوم پزشکی سیرجان دانشگاه علوم پزشکی کرمان، سیرجان، ایران

آدرس نویسنده مسؤول: سیرجان، بلوار سید جمال‌الدین اسدآبادی، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، تلفن ۰۹۱۳۵۸۴۰۰۷۳

Email: nosrat.welfare@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۳/۷/۲۴

* چکیده

زمینه: تغذیه و دسترسی به آن یکی از ابعاد مهم در تحلیل فقر از دیدگاه چند بُعدی است. اندازه‌گیری شاخص‌های فقر تغذیه در آگاه کردن برنامه‌ریزان از اثرات توزیعی راهبردهای سیاستی رفاه خانوار و کودک، مهم است.

هدف: مطالعه به منظور بررسی روند فقر تغذیه در خانوارهای دارای کودک استان کرمان طی دوره زمانی ۹۱-۱۳۶۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه روند در سال ۱۳۹۳ در استان کرمان انجام شد. کالری تغذیه خانوار و شاخص فقر "فوستر، گریر، توریک" با استفاده از داده‌های پیمایش هزینه-درآمد خانوار، روند فقر تغذیه خانوارهای دارای کودک در مناطق شهری و روستایی بررسی شد. دوره کودکی به چهار گروه سنی تقسیم و داده‌ها براساس نسبت، شکاف و شدت فقر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نرخ فقر تغذیه در خانوارهای شهری و روستایی دارای کودک در گروه‌های سنی مختلف با نوسان‌هایی همراه بود. بالاترین میزان فقر تغذیه خانوارهای شهری و روستایی استان در سال ۱۳۸۸ مشاهده شد. در اغلب سال‌ها، هم در مناطق شهری و هم روستایی، نرخ فقر تغذیه گروه سنی صفر تا پنج ساله پایین‌تر از سایر گروه‌ها بود و در اغلب گروه‌ها نرخ و شدت فقر تغذیه در جمعیت‌های روستایی استان بیش‌تر از مناطق شهری بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها، برنامه‌ریزان استانی و منطقه‌ای باید در مورد کاهش فقر تغذیه در جمعیت‌های روستایی استان بیش‌تر تأکید کنند.

کلیدواژه‌ها: سیاست تغذیه‌ای، فقر، کودک

* مقدمه

خواهد داشت،^(۳) امروزه در سطح جهانی به فقر غذایی کودک توجه فزاینده‌ای می‌شود.

فقر تغذیه عبارت است از ناتوانی در تأمین مالی و دسترسی به سبد تغذیه مناسب که در آن هم به کمیت و هم به کیفیت غذا اهمیت داده می‌شود. طبق استانداردهای سازمان جهانی بهداشت، غذای سالم شامل یک رژیم تغذیه متعادل و مغذی است که برای حفظ سلامتی ارزش دارد.^(۴) سازمان جهانی بهداشت خانواری که نتواند حداقل منابع لازم برای تأمین رژیم غذایی را فراهم کند، دچار فقر غذایی می‌داند.^(۵) بنا به این تعریف،

توسعه تفکر مفهومی فقر براساس کارکردها و قابلیت‌ها، در تکامل سایر شاخص‌های فقر انسانی (به جز درآمد) بسیار تأثیرگذار است. در این بین تغذیه و دسترسی به آن یکی از ابعاد مهم در تحلیل فقر از دیدگاه چند بُعدی است.^(۱) محرومیت‌های غذایی در دوران کودکی (به علت آسیب پذیری‌های ناشی از سن و وابستگی کودکان) در مقایسه با بزرگسالان اثرات حادثتری دارد.^(۲) از آنجا که دوران کودکی مرحله‌ای کوتاه مدت و در عین حال بسیار تأثیرگذار در تمام دوره زندگی است و هرگونه شرایط نامساعد در این دوران پیامدهای منفی درازمدتی به همراه

داده‌های شبه ترکیبی) بین ۵۰۰ تا ۱۲۰۰ خانوار دارای کودک در گروه‌های سنی مختلف (که اطلاعات آن‌ها توسط داده‌های مرکز آمار ایران جمع‌آوری شده بود) وارد مطالعه شدند و روند فقر تغذیه آن‌ها طی سال‌های اجرای برنامه‌های توسعه (۱۳۶۳ تا ۱۳۹۱) بررسی شد. طبق تعریف کنوانسیون حقوق کودک سازمان ملل، افراد زیر هجده سال، کودک تعریف می‌شوند،^(۱۵) اما به منظور رعایت فواصل سنی (تقسیم‌بندی ۵ ساله) خانوارهای دارای کودک ۱۹ و ۲۰ ساله نیز وارد مطالعه شدند.

با توجه به پیشنهاد وربک (verbeck) خانوارها براساس سن تولد کودک به چهار گروه دارای کودک صفر تا ۵، ۶ تا ۱۰، ۱۱ تا ۱۵ و ۱۶ تا ۲۰ ساله تقسیم شدند. سپس با استفاده از شاخص فقر "فوستر، گریر و توربک" (FGT) تحولات فقر تغذیه در این گروه‌ها بررسی شد.^(۱۶)

شاخص (FGT) تمام سنجه‌های نرخ فقر، شکاف فقر و شدت فقر را اندازه‌گیری می‌کند. فرمول کلی این گروه از شاخص‌های فقر به ضریب α بستگی دارد که بیان‌گر درجه انزجار از فقر است. شاخص نرخ فقر یا P_0 (Poverty rate index)، توزیع فراوانی خانوارهای دچار فقر تغذیه (درصد افراد فقیر) را در جامعه نشان می‌دهد. به عبارت دیگر این شاخص به صورت نسبت خانوارهای زیر خط فقر به کل خانوارهای جامعه تعریف می‌شود. شاخص نسبت شکاف فقر یا P_1 (Poverty Gap Ratio)، برعکس شاخص نرخ فقر، به درصد فراوانی خانوارهای دچار فقر حساس نیست، اما عمق فقر را در سطح جامعه بیان می‌کند. شکاف فقر فاصله‌ای که فقرا از خط فقر دارند را در نظر می‌گیرد و آن را به صورت درصدی از خط فقر نشان می‌دهد. مجذور شکاف فقر یا P_2 (Squared poverty gap) مجذور این فاصله را محاسبه می‌کند، در این حالت به افرادی که شدت فقر در آن‌ها بیش‌تر است، وزن بیش‌تری داده می‌شود. در شاخص FGT مقدار ضریب α برای شاخص

شاخص‌هایی برای ارزیابی وضعیت فقر تغذیه‌ای کودک و خانوار دارای کودک از سوی سازمان جهانی بهداشت و یونسف تنظیم شده است.^(۶) البته به کارگیری هر کدام از این شاخص‌ها به اطلاعات داده‌ای مناسبی نیاز دارد که این مهم در اغلب در کشورهای در حال توسعه یک محدودیت است. لازم به ذکر است که هیچ شاخصی نمی‌تواند وسعت و شدت فقر تغذیه را به طور دقیق و کامل نشان دهد. از جمله شاخص‌های مبتنی بر داده‌های درآمد- هزینه خانوار می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

میزان مصرف کالری مواد غذایی توسط خانوار، فقر درآمدی خانوار براساس هزینه‌های مواد خوراکی و شمار دریافت‌کنندگان یارانه‌های دولتی مواد تغذیه.^(۷)

نتایج مطالعه‌ها نشان داده است بین هزینه‌های تغذیه‌ای خانوار (نابرابری در هزینه‌های تغذیه) با وضعیت تغذیه خانوار و سوء تغذیه کودک ارتباط معنی‌داری وجود دارد که این مطلب نشان‌دهنده اهمیت عوامل اقتصادی و اجتماعی در الگوی مصرف مواد مغذی است.^(۹و۴) فقر تغذیه خانوارها در کشورهای مختلف با روش‌های مختلفی سنجیده شده است از جمله: جذب مستقیم کالری، رویکرد تجدید نظر در میزان و نوع مواد تغذیه و به کارگیری وزن‌ها در لیست‌های تغذیه.^(۱۱-۱۲)

در مرور منابع مطالعه‌ای در مورد بررسی فقر غذایی خانوارهای ایرانی دارای کودک (از زاویه رویکرد نسلی و محاسبه شاخص کالری غذایی خانوار)، یافت نشد. عمده مطالعه‌ها یا در زمینه محاسبه خط فقر غذایی و یا بررسی شاخص‌های سوء تغذیه در کودکان بود^(۱۳و۱۴) بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی روند فقر تغذیه در خانوارهای دارای کودک استان کرمان از سال ۱۳۶۳ تا ۱۳۹۱ انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه روند (Trend study) در سال ۱۳۹۳ در استان کرمان انجام شد. در این تحقیق با استفاده از گروه‌بندی سنی سرپرستان خانوارها (با به کارگیری

به جای گروه سنی ۱۶ تا ۲۰ سال، از کودکان گروه سنی ۱۴ تا ۱۸ ساله استفاده شد. داده‌ها با نرم افزارهای اکسل و استتا (نسخه ۱۱) تحلیل شدند.

* یافته‌ها:

از بین ۵۰۰ تا ۱۲۰۰ خانوار مورد مطالعه دارای کودک مناطق شهری و روستایی استان (در چهار گروه سنی) از نظر شاخص نرخ فقر (P_0)، ۴۷ درصد از خانوارهای شهری دارای کودک گروه سنی صفر تا ۵ ساله که در سال ۱۳۷۸ وارد مطالعه شده بودند فقر تغذیه داشتند و این روند در سال‌های بعدی با نوسان‌هایی همراه بود، به گونه‌ای که در سال ۱۳۹۱ این کودکان به سن ۱۴ تا ۱۸ سالگی رسیدند، روند فقر تغذیه به ۵۰ درصد رسید. در مناطق روستایی نیز همین روند قابل مشاهده بود. شاخص‌های نسبت شکاف فقر (P_1) و شدت فقر (P_2) نیز همگام با شاخص نرخ فقر بود (جدول شماره ۱).

روند فقر گروه‌های سنی در سال‌های مختلف و بدون در نظر گرفتن سال ورود به مطالعه نشان داد نرخ فقر تغذیه در خانوارهای شهری و روستایی دارای کودک گروه‌های سنی مختلف با نوسان‌هایی همراه بود. در مناطق شهری سال‌های ۱۳۶۸ و ۱۳۸۳ فقر تغذیه پایین‌تر از سال‌های دیگر بود. در مناطق روستایی در اغلب گروه‌های سنی سال ۱۳۶۸ پایین‌ترین نرخ فقر تغذیه را داشت. همچنین در اغلب سال‌ها، هم در مناطق شهری و هم مناطق روستایی نرخ فقر تغذیه گروه سنی صفر تا ۵ ساله پایین‌تر از سایر گروه‌ها بود (جدول شماره ۲).

نرخ فقر برابر صفر، برای شاخص شکاف فقر برابر یک و برای مجذور شکاف فقر برابر دو است.^(۱۷)

در این مطالعه با استفاده از پایگاه داده‌های مرکز آمار ایران (طرح هزینه-درآمد خانوار) از دو فایل داده‌ای اکسل استفاده شد. یکی از این داده‌ها فایل "خصوصیات اجتماعی اعضای خانوار" شامل متغیرهای محل سکونت، بستگی با سرپرست خانوار، سن و جنس بود. ریزداده دوم فایل "اطلاعات هزینه‌های خوراکی خانوار" شامل کد کالا، مقدار و ارزش ریالی آن‌ها بود. پس از جدا کردن خانوارهای شهری و روستایی دارای کودک استان کرمان (با استفاده از کد بستگی با سرپرست خانوار) اطلاعات هزینه‌های تغذیه آن‌ها نیز تفکیک شد. سپس با تعریف آستانه (خط فقر تغذیه مبتنی بر کالری مورد نیاز براساس نسبت سنی-جنسیتی) شاخص‌های نسبت سرشمار، شکاف و شدت فقر تغذیه برآورد شدند. سپس براساس سال ورود کودکان به مطالعه، جریان فقر تغذیه در چهار گروه سنی پی‌گیری گردید، برای مثال، خانوارهای دارای کودک صفر تا ۵ سالگی که از سال ۱۳۶۳ وارد مطالعه شدند در سال ۱۳۶۸ (یعنی پنج سال بعد) به سن ۱۰-۶ ساله می‌رسیدند، در سال ۱۳۷۳ این گروه به سن ۱۱ تا ۱۵ سالگی و در سال ۱۳۷۸ به سن ۱۶ تا ۲۰ سالگی می‌رسیدند و از دامنه سنی کودک خارج شده و دیگر رفتار آن‌ها پیگیری نمی‌شد. به منظور پیگیری نسلی فقر غذایی و به علت اجتناب از جداول و نمودارهای زیاد خانوارهای دارای کودک صفر تا پنج ساله از نظر جریان شاخص‌های فقر تغذیه تنها برای سال ورود ۱۳۷۸ بررسی شدند. لازم به ذکر است در سال ۱۳۹۱ جهت رعایت فاصله با سال قبل

جدول ۱- وضعیت شاخص‌های فقر تغذیه در گروه سنی صفر تا ۵ ساله از سال ورود به مطالعه (۱۳۷۸) تا سال خروج (۱۳۹۱) در مناطق شهری و روستایی استان کرمان

سال (گروه سنی)											شاخص فقر تغذیه منطقه	
۱۳۷۸ (صفر تا ۵ ساله)			۱۳۸۳ (۶ تا ۱۰ ساله)			۱۳۸۸ (۱۱ تا ۱۵ ساله)			۱۳۹۱ (۱۴ تا ۱۸ ساله)*			
P_2	P_1	P_0	P_2	P_1	P_0	P_2	P_1	P_0	P_2	P_1	P_0	
شهری	۰/۴۷	۰/۱۸	۰/۰۹	۰/۴۵	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۵۵	۰/۲۰	۰/۱۰	۰/۵۰	۰/۱۵	۰/۰۶
روستایی	۰/۶۳	۰/۲۸	۰/۱۶	۰/۴۷	۰/۱۷	۰/۰۸	۰/۷۰	۰/۳۳	۰/۱۸	۰/۵۵	۰/۱۴	۰/۰۸

جدول ۲- نرخ فقر تغذیه در مناطق شهری و روستایی استان کرمان در سال‌های مورد مطالعه به تفکیک گروه‌های سنی

سال مطالعه		۱۳۶۳		۱۳۶۸		۱۳۷۳		۱۳۷۸		۱۳۸۳		۱۳۸۸		۱۳۹۱		
گروه سنی		روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	
گروه ۵-۰ ساله		۰/۴۲	۰/۵۲	۰/۳۴	۰/۵۱	۰/۴۸	۰/۶۷	۰/۴۷	۰/۶۳	۰/۴۹	۰/۳۲	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۶۸	۰/۴۵	۰/۵۴
گروه ۱۰-۶ ساله		۰/۵۱	۰/۷۰	۰/۳۶	۰/۵۶	۰/۵۴	۰/۷۲	۰/۵۲	۰/۶۵	۰/۴۵	۰/۴۷	۰/۵۵	۰/۷۲	۰/۴۲	۰/۶۴	۰/۶۴
گروه ۱۱-۱۵ ساله		۰/۵۳	۰/۷۴	۰/۳۷	۰/۵۵	۰/۴۸	۰/۶۳	۰/۵۲	۰/۶۸	۰/۴۴	۰/۵۰	۰/۵۵	۰/۷۰	۰/۵۲	۰/۶۳	۰/۶۳
گروه ۱۶-۲۰ ساله		۰/۳۵	۰/۵۵	۰/۳۵	۰/۶۵	۰/۵۲	۰/۶۹	۰/۵۱	۰/۶۷	۰/۴۰	۰/۶۵	۰/۵۳	۰/۷۱	۰/۵۰	۰/۵۵	۰/۵۵

*بحث و نتیجه‌گیری:

این مطالعه نشان داد در اغلب گروه‌های سنی، نرخ و شدت فقر تغذیه در جمعیت‌های روستایی استان کرمان بیش‌تر از مناطق شهری بود. در دوران جنگ ایران و عراق (۱۳۶۳ تا ۱۳۶۸) شاهد کاهش نرخ فقر تغذیه (در مناطق شهری و روستایی) استان بوده‌ایم و سال ۱۳۶۸ پایین‌ترین میزان فقر را در اغلب گروه‌های سنی داشته است. این امر می‌تواند به دلیل پایین‌تر بودن متوسط ارزش سبد کالایی در استان طی این سال‌ها باشد که به دلیل شرایط خاص اقتصادی-سیاسی حاکم بر کشور، خوراک بخش قابل ملاحظه‌ای از هزینه‌های مصرفی خانوارها را تشکیل نمی‌داده است و دولت وقت با ارایه بسته‌های حمایتی تغذیه (کوپن) نوعی مساوات در ترکیب و ارزش سبد کالایی خانوارها به وجود آورده بود.^(۱۸) در طول برنامه اول توسعه (۱۳۶۸ تا ۱۳۷۳) میزان فقر تغذیه خانوارهای روستایی و شهری استان افزایش یافته است. به نظر می‌رسد در برنامه توسعه اول، راهبرد مشخصی برای تغذیه و امنیت تغذیه خانوارها وجود نداشته و رویکرد غالب این برنامه، سیاست‌های تعدیل ساختاری بوده است.^(۱۹) محققان کمال نیز در مطالعه خود پیرامون ارزیابی وضعیت شاخص رفاه اجتماعی کشور در چهار دهه اخیر به این نتیجه رسید که طی برنامه اول توسعه، شاخص‌های رفاه اجتماعی کشور وضعیت بدتری را نسبت به سال‌های دیگر داشته است.^(۲۰)

در این مطالعه، فقر تغذیه در طول برنامه‌های دوم و سوم توسعه (۸۳-۱۳۷۳) هم در مناطق شهری و هم روستایی استان کاهش یافته بود که شاید بتوان

سیاست‌های حمایتی از بخش کشاورزی، روند رو به کاهش تورم و افزایش نرخ رشد اقتصادی در این دوره را با کاهش روند فقر تغذیه مرتبط دانست.^(۲۱) در مطالعه‌ای نیز نشان داده شد که نرخ و شدت فقر تغذیه طی سال‌های ۸۶-۱۳۷۱ در خانوارهای ایران کاهش یافته بود.^(۲۲) در پژوهش کشوری سمپات (سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه در ایران) نیز طی سال‌های برنامه سوم توسعه، سهم مخارج خوراکی نسبت به کل مخارج خانوارهای شهری و روستایی به طور عمده نزولی بوده است.^(۲۳)

در طول برنامه چهارم (۸۸-۱۳۸۳) با این که سند مهم ملی "امنیت غذا و تغذیه" در اولین سال اجرای این برنامه تهیه و تصویب شد، اما بالا بودن شاخص‌ها و روند صعودی آن‌ها در مناطق شهری و روستایی استان در گروه‌های سنی نشان داد که در عمل این سند و مفاد آن به طور کامل اجرایی نشده است. به عبارت دیگر، برنامه‌های امنیت تغذیه در طول سال‌های اجرای برنامه چهارم توسعه بر کاهش نرخ فقر تغذیه خانوارهای دارای کودک تأثیرگذار نبوده است. در سال ۱۳۸۸ (سال پایانی برنامه چهارم توسعه) بالاترین میزان فقر تغذیه خانوارهای شهری و روستایی استان کرمان مشاهده شد و این در حالی است که شکاف بین مناطق شهری و روستایی استان در این سال نیز بسیار بالا بود. هادیان و همکاران نیز در مطالعه‌ای نتیجه گرفتند که وضعیت ضریب جینی هزینه‌های خوراکی در مناطق شهری و روستایی کشور در سال ۱۳۸۸ بالاترین میزان را نسبت به سال‌های قبل از آن داشته است.^(۲۴) کریمی و ارشدی در مطالعه‌ای نشان

با توجه به قابلیت‌های بالای استان کرمان به ویژه مناطق روستایی در کشاورزی و دامداری (به خصوص در جلگه‌های حاصل خیز جنوب استان) توجه به موارد زیر می‌تواند در کاهش نرخ و شدت فقر تغذیه مناطق شهری و روستایی این استان مؤثر باشد: خودکفایی و توانمندی روستاییان استان در تولید و مصرف محصولات کشاورزی، ارایه بسته‌های حمایتی تغذیه‌ای به ویژه برای گروه‌های کم درآمد روستایی استان، تقویت آموزش‌های ضروری برای بهبود عملکرد و سبک تغذیه‌ای (به ویژه در خانوارهای دارای کودک)، بهبود در توزیع درآمدهای استانی، نهادینه‌سازی امنیت تغذیه و مبارزه با سوء تغذیه در مدارس، مشاوره به والدین در مراکز بهداشتی-درمانی پیرامون سبک صحیح الگوی تغذیه و در نهایت تغییر در شیوه پرداخت یارانه‌های نقدی و تمرکز ویژه به هدفمند نمودن آن در قالب خدمات تغذیه و سلامت. همچنین شکاف فقر غذایی بین مناطق شهری و روستایی استان می‌تواند با طراحی برنامه‌های اثرگذار بر امنیت غذایی خانوارها همانند شناسایی خانوارهای آسیب‌پذیر و ارایه سبدهای غذایی تعدیل شود.

*نمایش گزاره‌ها:

از شورای پژوهشی جهت حمایت مالی از این طرح تحقیقاتی مصوب تشکر می‌شود.

*مراجع:

1. Sen A. Capability and well-being. In: Nussbaum MC, Sen AK, editors. The quality of life. 4th ed. New York: Oxford Clarendon Press; 1993. 30-53.
2. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. Future Child 1997 Summer-Fall; 7 (2): 55-71.
3. Duncan G, Brooks-Gunn J. Consequences of growing up poor. 1st ed. New York: Russell Sage Foundation; 1997. 32.

دادند که میزان فقر مطلق غذایی براساس تغذیه مناسب به ویژه در سال‌های انتهایی برنامه چهارم توسعه در مناطق روستایی بالاتر از مناطق شهری بوده است.^(۲۵) به نظر می‌رسد علاوه بر ضعف در داده‌های جمع‌آوری شده پیرامون مواد خوراکی در سال ۱۳۸۸ (به ویژه در مناطق روستایی استان)، عامل دیگر بالا بودن شاخص‌ها در این سال، سیر صعودی ارزش مخارج خوراکی است. یافته‌های پژوهش سمپات هم حاکی از روند افزایشی سهم مخارج خوراکی نسبت به کل مخارج خانوارهای شهری و روستایی در دوران اجرای برنامه چهارم بود.^(۲۳)

براساس یافته‌های این مطالعه، فقر تغذیه در همه گروه‌های سنی بالا و با نوسان زیادی همراه بود که نشان‌دهنده وجود نابرابری در امنیت تغذیه خانوارهای دارای گروه‌های سنی مختلف استان است. اما هم در مناطق شهری و هم مناطق روستایی استان در اغلب سال‌ها، نرخ فقر تغذیه گروه سنی صفر تا ۵ ساله پایین‌تر از گروه‌های دیگر بود. با توجه به این که فقر تغذیه در اوایل دوره کودکی اثرات نامساعدی بر رشد و بهزیستی کودک دارد،^(۲) لذا پایین‌تر بودن نرخ و شدت فقر تغذیه این گروه سنی می‌تواند تا حدودی حاکی از مؤثر بودن برنامه‌ها و سیاست‌های اتخاذی برای ارتقای وضعیت تغذیه‌ای این گروه سنی باشد.

محققین اختلاف رشد بین ساکنین شهری و روستایی را به تفاوت وضعیت تغذیه مرتبط دانسته‌اند.^(۲۶) مطالعه‌ها نشان داده‌اند که این مشکل در استان‌های جنوب و جنوب شرق (شامل استان کرمان) در مقایسه با استان‌های شمالی و شمال غربی بیش‌تر و همچنین یکی از مشکلات مناطق روستایی بوده است.^(۲۸،۲۷) مطالعه حاضر نرخ و شدت فقر تغذیه‌ای در جمعیت‌های روستایی خانوارهای دارای کودک استان را بیش‌تر از مناطق شهری نشان داد که در سایر مطالعه‌ها نیز فقر تغذیه‌ای در خانوارهای روستایی بیش‌تر از خانوارهای شهری بوده است.^(۳۰،۲۹)

4. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series 916 Geneva: World Health Organization; 2003.
5. Nandy S, Irving M, Gordon D, Subramanian SV, Smith GD. Poverty, child undernutrition and morbidity: new evidence from India. *Bull World Health Organ* 2005 Mar; 83 (3): 210-16.
6. De Neubourg C, Chai J, de Milliano M, Plavgo I, Wei Z. Step-by-step guidelines to the multiple overlapping deprivation analysis (MODA). Working Paper 2012-10, UNICEF Office of Research Florence.
7. Maslen C, Angela R, Marriott S, Smith N. Food poverty: what does the evidence tell us? *Bristol City Council* 2013 Jul; 5-10.
8. Pehrsson PR, Moser-Veillon PB, Sims LS, Russe-Cohen E. Postpartum iron status in nonlactating participants and nonparticipant in the special supplemental nutrition program for women, infants and children. *Am J Clin Nutr* 2001 Jan; 73 (1): 86-92.
9. Cheah WL, Muda WA, Zamh ZH. A structural equation model of the determinants of malnutrition among children in rural Kelantan, Malaysia. *Rural Remote Health* 2010 Jan-Mar; 10 (1): 1248.
10. Pedro M, Regina A, Luz V, Candelaria, Rowena E. Estimating food threshold and poverty incidence using food basket across income groups and bottom 30% income group. Research and Development Project Food and Nutrition Research Institute, 2002
11. Florentino R. Final project report on the improvement of provincial poverty estimation methodology. National Statistical Coordination Board, Philippine, 2006.
12. Castro Lina V, Mildred B. Addawe E, Faith S. Assessing poverty lines by revealed preference. Research Project. National Statistical Coordination Board, 2007
13. Pajoyan J. Poverty, poverty line and poverty reduction. *Journal of Planning and Budget* 1997; 2 (1): 5-24. [In Persian]
14. Naghavi M, Abdollahi A. Current status and the 10 years trend in the malnutrition indexes of children under 5 years in Iran. *Iranian Journal of Epidemiology* 2008; 4 (1): 21-8. [In Persian]
15. UNCRF. Convention on the Rights of the Child. Ratification and accession by General Assembly resolution, 1989, Switzerland.
16. Verbeek M, Vella F. Estimating Dynamic Models from Repeated Cross-Sections. *J Econom* 2005 Jan; 127 (1): 83-102.
17. Foster J, Greer J, Thorbecke E. The Foster-Greer-Thorbecke (FGT) poverty measures: 25 years later. *J Econ Inequal* 2010 May; 8 (4): 491-52.
18. Pejoyan J. Analysis of supportive policies on nutrition quality of income groups in Iran. Tehran, Iran: Ministry of Economics and Finance; 1995. [In Persian]
19. First plan of economic, social and cultural development of Islamic Republic of Iran (1984-1989). Tehran, Iran: Islamic Consultative Assembly; 1983.
20. Mohaqeqi Kamal H. Social welfare assessment in Iran: time-series study of four decades. PhD Thesis, Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2013. [In Persian]
21. Gholami S, Azimi M. Assessing of the Iran's economic development programs after the islamic revolution. Islamic Azad University of Tehran & Strategic Research Center of the Expediency Council; 2009. [In Persian]

22. Khodadad Kashi F, Heidari KH. Measuring poverty indexes based on nutritional performance in Iranian households. *Journal of Economic Research* 2008; 9 (3): 206-16. [In Persian]
23. Kolahdooz F, Nagafi F. National food security monitoring system and develop a food safety plan in Iran, (SAMPAT Research). Ministry of Health and Medical Sciences; 2010. 15. [In Persian]
24. Hadian M, Ghorbani A, Ghiasvand H, Naghdi S. Inequality in health and food expenditure, study of Iranian urban and rural households. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2013; 20 (4): 435-45. [In Persian]
25. Arshadi A, Karimi A. The study of poverty in rural and urban areas in IRAN during five-year development plan. *Journal of Strategic Policies* 2012; 1 (1): 35-64. [In Persian]
26. Rona RJ. Nutritional surveillance in developed countries using anthropometry. In: Hims JH, editors. *Antropometric assessment of Nutritional Status*. 3rd ed. New York: Wiley-Liss; 1991. 301-18.
27. Alavi-naieny AM, Keyghobadi K, Djazayeri A, Boroomand M. The survey of the nutritional status of 25-36 month old rural children and some factors affecting it in the rural areas of Kerman. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 2003; 10 (2): 112-8. [In Persian]
28. Vaghari GH, Marjani A. Comparison of nutritional status of children under 5 years in rural areas of Gorgan city. *Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences* 2005; 11 (50): 101-5. [In Persian]
29. Yildirim I, Ceylan M. Urban and rural households' fresh chicken meat consumption behaviors in Turkey. *Nutrition & Food Science* 2008; 38 (2): 154-63.
30. Ghasemi Ardahali A. A comparative study of wellbeing in urban and rural households. *Journal of Rural and Development* 2006; 11 (20): 1-20. [In Persian]

Archive of SID