

פברואר 2012

## ביטחון תזונתי ובריאות

### על מי משפיע חוסר ביטחון תזונתי?

חוסר ביטחון תזונתי היא תופעה חברתית וכלכלית הנוגעת לכל חבדי האוכלוסייה, בהם משפחות עם ילדים, קשישים, זוגות ללא ילדים ושל בודדים. אוכלוסיות רגישות במיוחד לתופעה הם משפחות גדולות, חד הוריות, ערביות, משפחות בהן ההורים לא השלימו השכלה תיכונית (נירל, רזן, ארז, בן הרש, ברג, בחדסקי ואחרים, 2003), ומהגרים.

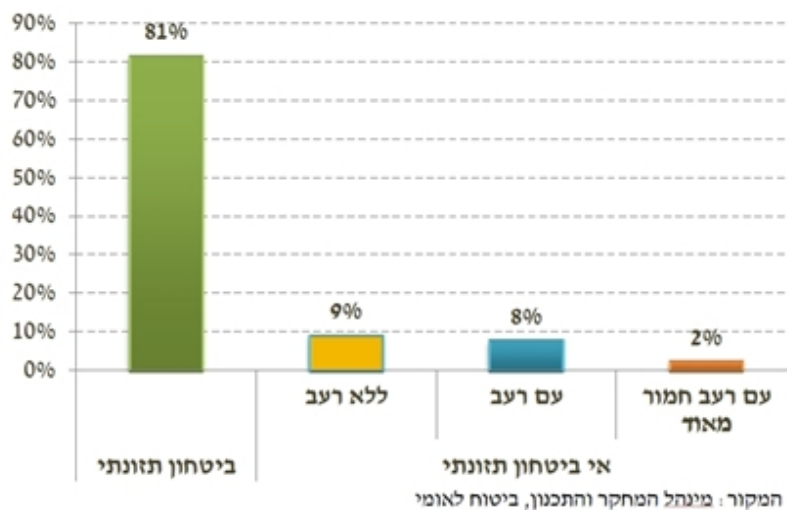
### ביטחון תזונתי ובריאות- קשר הדוק

ביטחון תזונתי, על פי הגדרתה של פסגת המזון העולמית, הוא "מצב בו יש לאדם נגישות פיזית וכלכלית קבועה לכמות מספקת של מזון בריא ומזין אשר מתאים להעדפותיו וצרכיו התזונתיים ומאפשר קיום חיים פעילים ובריאים" ( world food summit, 1996 בתוך צבע, 2008). הגדרה זו, המדגישה את הפן הבריאותי של הביטחון התזונתי, היא בעלת השלכות משמעותיות במיוחד על אוכלוסיות מסוימות הפגיעות במיוחד לנזקי תזונה שלא מתאימה לצרכיהם, כגון ילדים וקשישים.

### הבעיה קיימת בישראל במידה סבירה ונשלטת, נכון?

לא ולא. לפי המחקר של המוסד ביטוח לאומי משנת 2011, 19% מהאוכלוסייה חשו אי ביטחון תזונתי בשנה שקדמה למחקר, 8% חשו רעב ו-2% חשו רעב חמור מאוד. שיעורים אלה הן גדולים מאוד בכל קנה מידה, ובעלי דמיון מסוים עם תוצאות ממדי העוני של השנים האחרונות (פרומן, אנדבלד וגוטליב, 2011).

תרשים 1: מידת הביטחון והאי-ביטחון התזונתי, ינואר עד נובמבר 2011



בין הממצאים האחרים של המחקר נמצא כי מחצית מקרב נתמכי הסיוע אינם אוכלים באופן סדיר במשך ימים שלמים בשל מצוקתם הכלכלית. שניים מכל שלושה מהנתמכים העידו כי התנסו במצב של הימנעות ממזון במשך יום שלם עקב

מצבם הכלכלי. בשיעור ניכר מהאוכלוסייה הרחבה (13%) המזון לעיתים לא מספיק, וכשליש מהאוכלוסייה הרחבה ויתרו על מזון כדי לעמוד בתשלומים ושירותים בסיסיים אחרים! נתון העולה ל-88.5% בקרב נתמכי סיוע (פרומן, אנדבלד וגוטליב, 2011). אלה מעלים שאלות קשות לגבי עניים, חולים וקשישים הנאלצים לבחור בין רכישת תרופות וטיפולים רפואיים לבין רכישת מזון.

### מדובר אבל באנשים שלא עובדים!

לא נכון. בניגוד לתפיסה המקובלת, ישראלים רבים הסובלים מחוסר ביטחון תזונתי הינם אנשים עובדים! 70% מהעניים בגיל העבודה הם עניים עובדים (אנדבלד ואחרים 2011). לפי דו"ח העוני האלטרנטיבי לשנת 2011, 42% מקרב נתמכי הסיוע עובדים, כשליש במשרה מלאה. בקרב רבע מהמשפחות הנתמכות שני בני הזוג עובדים. זוהי מגמה הולכת וגוברת בשנים האחרונות, כאשר יותר מועסקים ופחות מובטלים נזקקים לסיוע ("לתת", 2011). כלומר, במדיניות השכר וההעסקה שנהוגה בישראל עד כה, עבודה אינה מבטיחה כי אישה או גבר עובדים יוכלו לספק את הצרכים הבסיסיים של משפחתם.

### חוסר ביטחון תזונתי- השלכות בריאותיות

ההשלכות הבריאותיות של חוסר ביטחון תזונתי הן רב מימדיות: אנשים הסובלים מחוסר ביטחון תזונתי מדווחים על בריאות רופפת, עייפות ותשישות, פגיעה ביכולת הקוגניטיבית וירידה בהשתתפות בפעילות החברתית. בקרב הילדים, אי ביטחון תזונתי גורם לפגיעה בלמידה ולהישגים נמוכים בלימודים עקב חוסר ריכוז. הם סובלים מתופעות כגון היפר אקטיביות או פאסיביות וקושי ביצירת קשרים חברתיים (ניראל ואחרים, 2003). התזונה הינה מרכיב מרכזי בהשפעתו על התפתחותם של ילדים. בנוסף, התחלואה והתמותה ממחלות רבות, ובהן מחלות לב וכלי דם, סרטן, סוכרת, יתר לחץ דם, השמנה ואנמיה, וכן מצבים כגון מומים ופגות, ידועים כקשורים קשר הדוק לתזונתו של האדם כבר בשלבים מוקדמים ביותר של מהלך חייו. (ניצן-קלוסקי, 2003).

### מי פגיע במיוחד לנזקים של חוסר ביטחון תזונתי?

קשישים (Human): תת תזונה בקרב קשישים וחסרים תזונתיים עלולים לגרום לרגישות מוגברת למחלות כתוצאה מירידה ופגיעה במצב החיסוני, תחלואה מוגברת, הופעת פצעי לחץ, חולשה וכתוצאה מכך שיעור נפילות גבוה, הסלמת מחלות קיימות ועליה בשיעורי התמותה. יתר התופעות העלולות להופיע בכל גיל כתוצאה מתזונה לקויה, משפיעות בצורה מוגברת על בני גיל הזהב.

גם עודף משקל אינו בריא בגיל השלישי. עודף משקל והשמנת יתר עלולים לגרום להופעת והחמרת מחלות זקנה רבות, לפגיעה באיכות החיים וקיצור תוחלת החיים של הקשישים.

ילדים (קאופמן שריקי, 2008): תזונה מיטבית אצל ילדים היא קריטית עבור בריאות עכשווית ועתידית ומיצוי פוטנציאל הגדילה וההתפתחות הפיזית והקוגניטיבית של הילד. בנוסף, חסרים תזונתיים עלולים להוביל בקרב ילדים לעודף משקל, אנמיה, עייפות ובעיות התנהגות.

ההשלכות הבריאותיות של חסרים תזונתיים בגיל הילדות וצריכה לא מאוזנת של רכיבי מזון עשויים לגרום להשמנה, סוכרת, יתר שומנים בדם, יתר לחץ דם, התפתחות מינית מוקדמת, בעיות אורתופדיות ועוד.

נשים (Lebenthal & Shapira, 2001): סוך בתזונה הוא גורם מרכזי לתורם לבריאות לקויה אצל נשים ולתמותה ברת מניעה. הוא משפיע על סיכויי האישה לחלות בסרטן השד, סרטן המעי הגס וייתכן שסוגים נוספים. משקל יתר הוא גורם סיכון מהותי בקביעת מחלות לב וכלי דם אצל נשים, שאינן מתאוששת מהן באותה הצלחה כמו גברים, ומנבא נטייה ללחץ דם גבוה, סוכרת והיפרליפדימיה.

אחת משלוש נשים ואחד משמונה גברים בסיכון לסבול מבריחת סידן בחייהם. הדרך היחידה למנוע זאת היא בניית עצמות חזקות בתחילת החיים באמצעות תזונה מאוזנת ועשירה בסידן.

30% מהנשים בישראל סובלות מאנמיה במהלך חייהן לעומת רק 3.2% מהגברים.

ילדים של נשים החוות תת תזונה נולדים במשקל נמוך, בעלי חסכים בריאותיים שונים מלידה, אינם מתפתחים באופן תקין וחשופים יותר לסיכונים מחלות.

**אז חוסר ביטחון תזונתי משפיע מאוד על בריאותם של אנשים, ובמיוחד ילדים, קשישים ונשים, פוגע באחוז ניכר מהאוכלוסייה בישראל ולא ניתן למניעה במצב הנוכחי באמצעות תעסוקה בשכר. יש לזה תוצאות בשטח?**

בהחלט, ותוצאות מדאיגות מאוד. הנפגעים מחוסר ביטחון תזונתי הם האוכלוסיות הרגישות ביותר:

בשנת 2009 14.5% מתלמידי ישראל סבלו מעודף משקל, 8% מהשמנה, ו-5.8% מתת משקל. באזורים שבהם מצב סוציו-אקונומי נמוך נמצא יותר השמנה לצד תת משקל (יסעור בית-אור, 2010). חשוב לזכור בהקשר הזה שהסיכון של ילדים שמנים להיות שמנים גם בגיל בית הספר גדול פי שלושה והסיכוי שלהם להפוך למבוגרים שמנים גדול פי שמונה ממי שלא היה שמן בילדותו (קאופמן שריקי, 2010).

לפי דו"ח העוני האלטרנטיבי שפורסם בשנת 2011, חמישית מהילדים בקרב משפחות נתמכות סיוע בישראל חווים ימים שלמים ללא אוכל בשל המחסור הכלכלי של הוריהם. כמחצית מהילדים במשפחות אלה ניזונים מתפריט המתבסס על לחם וממרר. אחד מכל חמישה ילדים אינם הולכים בכל יום עם אוכל לבית הספר בשל המצוקה והמחסור הכלכלי בביתם, ורק 37% מהם מקבלים ארוחה חמה יומית כחלק ממפעל ההזנה בבתי הספר. 59% מהילדים נאלצים לוותר על ארוחות בשל המצוקה הכלכלית של הוריהם ("לתת", 2011).

מחקרים מראים שמחלת הסוכרת נפוצה יותר במגזר הבדואי מאשר באוכלוסיות אחרות בישראל (5.1% לעומת 3.7%), והשליטה בה חלשה יותר (Cohen Et Al. 2005). מגמה זו מושפעת מתהליך העיור שעוברת כמחצית מאוכלוסייה זו מאז שנות ה'80.

מחקרים רבים נערכו בקרב מבוגרים וקשישים גילו שאחוז ניכר (לפחות כ-30%) סובלים מתת תזונה. כמו כן שיעורים גבוהים מאוד סובלים ממחסור ביטימינים, חומצה פולית, סידן ורכיבים תזונתיים נוספים (Human).

סקר מב"ת (מצב בריאות ותזונה לאומי) שנערך בשנת 2003 על ידי משרד הבריאות, הניב נתונים חשובים גם הוא:

39.3% מהנדגמים היו בעלי עודף משקל ו-22.9% לוקים בהשמנה. אחוז הלוקים בהשמנה עולה עם הגיל והמגמה בולטת במיוחד בקרב נשים ערביות.

20.7% מהנדגמים דיווחו כי אובחנו בידי רופא כלוקים באנמיה מחוסר ברזל, כאשר אחוז המדווחים גבוה פי 9 בנשים.

16.5% דיווחו כי אובחנו בידי רופא כבעלי רמת כולסטרול גבוהה.

13.5% דיווחו כי אובחנו כבעלי יתר לחץ דם, נתון שבלט יותר אצל נשים.

6.7% מהגברים ו-6.1% מהנשים במדגם דיווחו כי אובחנו כלוקים בסוכרת. חלקן של הנשים הערביות בנתון זה גדול כמעט פי שלושה מחלקן של הנשים היהודיות.

## מה גורם למצב הזה?

לטענתנו, הגורם המרכזי לבעיה זו היא שהכנסתן של המשפחות אינן מספיקה. לפי מחקר של התזונאית הקלינית קאופמן שריקי (2008), קיים פער משמעותי בין עלות ההמלצות להזנת ילדים בארץ (לפי המדריך "לאכול ולגדול" שפותח בשיתוף משרדי הממשלה ועמותת "אשלים") לבין סכום הכסף אותו מוציאות משפחות בפועל. כאשר מחושבת עלות סל המזון המומלץ עבור ילדים מול ההכנסה של משפחות ישראליות, נמצא שההפרש הנוטר להזנת בני הבית האחרים והוצאות נוספות הוא נמוך מאוד עד העשירון השמיני להכנסה! חמור במיוחד המצב בקרב משפחות מרחבות ילדים ומעוטות הכנסה וכן בקרב מגזרי מיעוטים. נתונים אלה מדגישים את חוסר הביטחון התזונתי השורר גם בקרב משפחות עובדות אשר הכנסתן לא מאפשרת להן ביטחון תזונתי.

לפי המחקר של קאופמן שריקי, בין השנים 2006-2008 הייתה עלייה ניכרת במדד מחירי המזון כולל מצרכים בסיסיים הנמצאים בשימוש בכל בית בישראל והכרחיים על מנת לאפשר הזנה בריאה לכל ילד, כגון ירקות, פירות, לחם, קמח, שמנים, לבן, יוגורט ומעדני החלב. בנתוני השכר במשק לא ניכרת עלייה דומה, וכך גם בבחינת שיעור עדכון קצבאות

האבטלה, השלמת הכנסה, קצבאות הנכים וקבוצות אוכלוסייה נתמכות סעד אחרות. עולה מהאמור כי קיימת שחיקה מתמדת בהכנסה הפנויה המאפשרת לאזרח קיום ברווחה ובכבוד.

תנאי התעסוקה מביאים גם הם לשכר נמוך ולא מספק. לפי נתוני דו"ח העוני לשנת 2011, אכיפה רופפת והיעדר פיקוח על חוקי עבודה לצד שכר מינימום לא אפקטיבי, אל מול גובה המחיה הממוצע בישראל, מנטרלים את יכולה של תעסוקה כמנוף לחילוץ ממצוקה כלכלית ועוני ("לתת", 2011).

גורם חשוב נוסף להשלכות הבריאותיות הקשות של חוסר ביטחון תזונתי הוא שהמזון הנגיש יותר לאוכלוסיות אלה הינו בעל ערכים תזונתיים נמוכים יותר ובעל יותר מרכיבים המזיקים לבריאות. לפי אדלר (2010), הפיקוח על מזונות בישראל נמצא תחת אחריותם של משרד החקלאות ומשרד המסחר והתעשייה, ולא תחת אחריות משרד הבריאות. כתוצאה, השיקול של בריאות הציבור אינו מהווה את המרכיב המרכזי בהחלטות הפיקוח.

בנוסף, נכון להיום, גישת המדינה היא להסיר פיקוח על מחירי המזון ולתת לכוחות השוק להתנהל עצמאית. גישה זו הביאה לעלייה דרמטית במחירי המוצרים החיוניים כדוגמת מוצרי חלב ואחרים. סיבה נוספת לעליית מחירים בשוק היא מחסור בידיים עובדות בחקלאות בגינה ישנו תהליך של צמצום הגידולים. כתוצאה, מחירי הפירות והירקות עולים. אלו אינם מוצרי מזון שנחשבים למותרות, אלא אותם מוצרים בסיסיים המהווים את ליבת התזונה הבריאה. עם ההתייקרות במחירים נראית גם פגיעה הולכת וגדלה בביטחון התזונתי ומכאן גם הבריאות של האוכלוסייה בישראל בכלל ובשכבות החלשות מבחינה חברתית-כלכלית בפרט (אדלר, 2010).

### **עם כל זאת, מה אפשר לעשות כדי לשפר את המצב?**

ניתן לשפר את מצב הביטחון התזונתי ובריאות האוכלוסייה במגוון פעולות שונות:

- שיפור תנאי העבודה וההזדמנויות התעסוקתיות ועידוד תעסוקה בתנאים הוגנים למי שמסוגל לעבוד.
- העלאת שכר המינימום.
- חוק פנסיה חובה מקיף וריאלי.
- עדכון קצבאות והתאמתן עם מדדים של מינימום לקיום בכבוד, כך שהן יבטיחו ביטחון תזונתי למי שאינו מסוגל לעבוד או שהכנסתו נמוכה מדי.
- ביטול ההפרטה של שירותים חברתיים.
- ייזום והפעלה של תוכניות הזנה ייעודיות, בעיקר עבור ילדים החיים בעוני וקשישים החיים בעוני או סובלים מהדרה חברתית והזנחה.
- הרחבה של מפעל ההזנה בבתי הספר לכלל הילדים במערכת החינוך, בכל ימות הלימודים ומתן מענה תזונתי בחופשות. תוכנית זו צריכה להיות במימון פרוגרסיבי באחריות המדינה, בפיקוח בריאותי הדוק ובהתאמה תרבותית.
- חינוך לתזונה נכונה בבתי ספר.
- הקמת המועצה הציבורית לביטחון תזונתי שאושרה בשנת 2011 בכנסת, שתיעץ לממשלה במדיניותה בתחום הביטחון התזונתי.
- סבסוד ופיקוח על מחירי מזון בריא כדי שסל מוצרי מזון בסיסיים, העולים בקנה אחד עם ההמלצות התזונתיות, יהיה בהישג ידם של כלל אוכלוסיית המדינה, וביטול מנגנונים אלו עבור מזון שאינו בריא.
- מדיניות סבסוד של הוצאות אחרות, כגון מעונות יום ותחבורה ציבורית.
- מדידה סדירה של חוסר הביטחון התזונתי על ידי המוסד לביטוח לאומי וגזירת מדיניות מתוך הנתונים המתקבלים.

## מקורות:

אדלר, ד. "מכירת חיטול לבריאות", "אוכלים בריא-משלמים ביוקר". פרסומי מחלקת האקטואליה באתר מרכז רפואי "הדסה". (הוצא בתאריך 7/2/12).

אנדבלד, מ. ברקלי נ. גוטליב, ד. פרומן, א. (2011) "דו"ח ממדי העוני והפערים החברתיים- דו"ח שנתי, 2010". המוסד לביטוח לאומי.

"דוח העוני האלטרנטיבי, 2011" ארגון לתת.

יסעור בית-אור, מ. (2010) "התלמידים הכי שמנים: בת"א וראשון לציון" ynet. (הוצע בתאריך 7/1/12).

"מב"ת-סקר מצב בריאות ותזונה לאומי ראשון 1999-2001, חלק א- ממצאים כלליים". 2003. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות.

נירל, נ. רוזן, ב. ארז, ש. בן הרוש, א. ברג, א. ברודסקי, ג. ניצן-קלוסקי, ד. חביב-מסיקה, ע. גודשמיט, ר. (2003) "ביטחון תזונתי בישראל והקשר לדפוסי תזונה: ממצאים עיקריים". משרד הבריאות- שירות המזון להתזונה והמכון הלאומי לבקרת מחלות, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

פרומן, א. אנדבלד מ. גוטליב, ד. (2011) "ביטחון תזונתי- תוצאות ראשונות של סקר ונקודות לדיון". המוסד לביטוח לאומי, מנהל מחקר ותכנון.

צבע, י. (2008) "דין וחשבון- הוועדה הבין-משרדית לבחינת האחריות של המדינה להבטחת הביטחון התזונתי של אזרחיה". משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

קאופמן-שריקי, ו. (2008) "דו"ח עלות הזנה לפי "לאכול ולגדול" עמותת ג'וינט-אשלים.

Human - מרכז מידע לגיל הזהב "תזונה נכונה בגיל הזהב". (הוצע בתאריך 7/2/12).

Cohen, AD. Gefen, K. Ozer, A. Bagola, N. Milrad, V. Cohen, L. Abu-Hammed, T. Abu-Rabia, Y. Hazanov, I. Vardy DA. (2005) "Diabetes control in the Bedouin Population in southern Israel" Medical Science Monitor, 11(8). Warsaw, Poland: Medical Science International.

Lebenthal E, Shapira N. (2001) "Nutrition in the female life cycle". Danone Institute. Jerusalem: ISAS International Seminars.

כתבה: שני רבין, סטודנטית לע"ס שנה ג'