

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سرشناسه: دماري، بهزاد، ۱۳۵۲ - عنوان و نام پديدآور: گزارش نهايي طرح «بررسي، تحليل و تدوين سند ملي تغذيه و امنيت غذايي کشور» (طی سال های ۱۳۹۱ لغایت ۱۳۹۴) / تحقيق و تاليف بهزاد دماري.
وضعيت ويرااست: [ويراست ۲].
مشخصات نشر: قم: اندیشه ماندگار، ۱۳۹۵.
مشخصات ظاهري: ۱۵۲ص: مصور (رنگي).
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۳۳۴-۰۶-۴
وضعيت فهرست نويسی: فپا
يادداشت: چاپ دوم.
يادداشت: عنوان ديگر: سند ملي تغذيه و امنيت غذايي کشور.
عنوان ديگر: سند ملي تغذيه و امنيت غذايي کشور.
موضوع: مواد غذايي - ايران - تامين - تدابير ايمني / Food supply - Iran - Security measures
تغذيه - ايران - جنبه های بهداشتی / Nutrition - Iran - Health aspects
مواد غذايي - ايران - تامين - سياست دولت / Food supply - Iran - Government policy
رده بندي کنگره: ۱۳۹۵ گ ۶/د ۸ HD۹۰۰۰/۶
رده بندي ديويي: ۳۳۸/۱۹۰۵۵
شماره کتابشناسي ملي: ۴۲۳۶۲۳۴

گزارش نهايي طرح «بررسي، تحليل و تدوين سند ملي تغذيه و امنيت غذايي کشور» (طی سال های ۱۳۹۱ لغایت ۱۳۹۴)

تحقيق و تأليف: دکتر بهزاد دماري

ناشر: انتشارات اندیشه ماندگار

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۳۳۴-۰۶-۴

نوبت چاپ اول: زمستان ۱۳۹۳ - انتشارات طب و جامعه

نوبت چاپ دوم: بهار ۱۳۹۵

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

«کليه حقوق متعلق به دفتر بهبود تغذيه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مؤسسه ملی تحقيقات سلامت و

انستيتو تحقيقات تغذيه‌ای و صنايع غذايي کشور می‌باشد»

نشانی: تهران، خیابان ایتالیا، بین وصال شیرازی و قدس، پلاک ۷۸، مؤسسه ملی تحقيقات سلامت تلفکس: ۰۲۱-۸۸۹۹۱۱۰۷



انتشارات اندیشه ماندگار

قم - خیابان صفائیه (شهید) - انتهای کوی بیگدلی - نبش کوی شهید گل‌دوست - پلاک ۲۸۴

تلفن: ۰۹۱۲۲۵۲۶۲۱۳-۰۲۵/۳۷۷۳۶۱۶۵-۳۷۷۴۲۱۴۲



سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور

مشارکت کنندگان

کارفرما: دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور

با همکاری: وزارت جهاد کشاورزی، وزارت صنعت معدن و تجارت، سازمان ملی استاندارد، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران (دپارتمان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت)، معاونت غذای سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز سلامت محیط و کار معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت خانه‌ها و سازمان‌های همکار در تغذیه و امنیت غذایی کشور

هماهنگ‌کننده ارشد پروژه: دکتر علی کشاورز، استاد تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تهران

ناظر پروژه: دکتر زهرا عبداللهی، دکترای تخصصی علوم تغذیه و مدیرکل دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مشاوران پروژه و خبرگان عضو کمیته راهبری: دکتر فریدون سیاسی (استاد تغذیه و رییس دانشکده علوم تغذیه و رژیم‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)، دکتر سید ابوالقاسم جزایری (استاد دانشکده علوم تغذیه و رژیم‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)، دکتر ربابه شیخ‌الاسلام (دکترای اپیدمیولوژی تغذیه و رییس مؤسسه تغذیه سلامت و توسعه)، دکتر کامل شادپور (متخصص سلامت خانواده و مشاور مستقل نظام سلامت)، دکتر ناصر کلانتری (عضو هیأت علمی انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی)، دکتر حسین قاسمی (استاد تغذیه و عضو فرهنگستان علوم پزشکی ایران)

اعضای تیم پروژه: دکتر زهرا عبداللهی (مدیرکل دفتر بهبود تغذیه جامعه)، دکتر فروزان صالحی مازندرانی (کارشناس و محقق بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، فرزانه صادقی قطب‌آبادی (کارشناس و محقق بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر عباس وثوق مقدم (متخصص پزشکی اجتماعی و استادیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر حسین سالاریان زاده (پزشک و کارشناس بودجه و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، فاطمه حاج نقی زاده (کارشناس و محقق دپارتمان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت)، دکتر علی اخوان بهبهانی (پزشک و کارشناس ارشد قانون‌گذاری سلامت، معاون مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی)، دکتر نرگس رستمی (متخصص پزشکی اجتماعی و استادیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

مشارکت کنندگان

مجریان پروژه: دکتر بهزاد دماري (متخصص پزشکی اجتماعی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران - مؤسسه ملی تحقیقات سلامت)، دکتر مجید حاجی فرجی (عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و رئیس انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی)

با همکاری کارشناسان ستادی و استانی بهبود تغذیه جامعه: دکتر پریسا ترابی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت)، دکتر حامد پورآرام (کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه)، مریم زارعی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت)، مینا مینائی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت)، فرید نوبخت حقیقی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه)، سعیده معانی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه)، حسین فلاح (کارشناس دفتر بهبود تغذیه)، خدیجه رضایی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت)، زهره پوراحمدی (کارشناس سازمان غذا و دارو)، عاطفه فولادی مقدم (کارشناس سازمان غذا و دارو)، مرضیه وکیلی (کارشناس مسئول تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز)، سکینه جعفری (کارشناس مسئول تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)، دکتر سکینه نوری سعیدلو (کارشناس مسئول تغذیه، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه)، آرزو کاوه‌ای (کارشناس مسئول تغذیه، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی همدان)، نوروزعلی عزیزخانی (کارشناس مسئول تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی قزوین)، مصطفی حسینی (کارشناس مسئول تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی سمنان)، فاطمه خلیل ارجمنندی (کارشناس هماهنگی پروژه در دپارتمان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت)

اعضای کمیته راهبری درون و برون بخشی طرح (شرکت کنندگان در نشست‌های ۲۱ تیر، ۲۴ مرداد، ۲۶ مهر، ۸ آبان، ۱۰ آبان و ۷ آذر): دکتر حمید خانقاهی ایبانه (معاون دفتر نظارت بر بهداشت عمومی سازمان دامپزشکی)، دکتر مجید ولدان (مدیرکل دفتر تجاری سازی تحقیقات سازمان تحقیقات، آموزش و ترویج کشاورزی، وزارت جهاد کشاورزی)، مهرانز بنی‌اعمام (کارشناس ارشد مسئول نهاده‌ها، سازمان تحقیقات، آموزش و ترویج کشاورزی)، اسماعیل سعیدنیا (رئیس گروه پژوهشی صنایع وزارت جهاد کشاورزی)، احمد اخوی (مشاور رئیس مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های بازرگانی، وزارت صنعت، معدن و تجارت)، پرویز زارعی (مدیرکل امور حمایتی و توانمندسازی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)، مریم واحدی (کارشناس سیاست‌های جبرانی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)، راضیه آراسته (رئیس گروه حمایت‌های مستقیم و اقدامات جبرانی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)، دکتر وحیده نگین (مدیرکل دفتر مطالعات رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)، غلامرضا امینی (مدیرکل نظارت بر

مشارکت کنندگان

اجرای استاندارد)، هنگامه یوسف زاده (رییس اداره نظارت بر اجرای سازمان ملی استاندارد)، هاشمه منزوی (کارشناس مسئول سازمان ملی استاندارد، اداره نظارت بر اجرای استاندارد غذایی)، مجید فراهانی مزینانی (معاون دفتر تدوین الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت - معاونت نظارت راهبردی رییس جمهور)، نسرين گودرزی (کارشناس معاونت اجتماعی، فرهنگی وزارت کشور)، دکتر فرنوش حاجی ها (کارشناس دفتر تدوین الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت - معاونت نظارت راهبردی رییس جمهور)، دکتر بهروز کمالی (کارشناس ارشد معاونت حمایت و سلامت خانواده کمیته امداد امام خمینی (ره))، فاطمه مومنی (کارشناس امور کودکان سازمان بهزیستی کشور)، بیتا سرلک (کارشناس مرکز تربیت بدنی سلامت وزارت آموزش و پرورش)، ناصر ولائی (قائم مقام معاون علمی معاونت پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی)، دکتر ویدا کاظمی (مدیرکل اداره نظارت بر فرآورده های خوراکی)، دکتر وحید صادقیان (مدیرکل نظارت و ارزیابی فرآورده های غذایی و آشامیدنی)، سمیره صباح (معاون اداره کل نظارت بر فرآورده های خوراکی)، دکتر هاشمی (معاونت مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، نرگس حاتم آباد (کارشناس واحد بودجه)، فرح السادات بحرینی (کارشناس مسئول معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر عباس انتظاری (معاون مرکز مطالعات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر محمد حسین عزیزی (دبیر انجمن متخصصان علوم و صنایع غذایی)، رضا غلامی (معاون مرکز سلامت محیط و کار)، دکتر بهروز جنت (معاون غذا، سازمان غذا و دارو)، دکتر علی اخوان بهبهانی (معاون اجتماعی مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی)، دکتر زهرا عبداللهی (مدیرکل دفتر بهبود تغذیه جامعه)، فرزانه صادقی قطب آبادی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه) و دکتر فروزان صالحی مازندرانی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه).

تشکر ویژه از: دکتر فاطمه رخشانی (معاون بهداشت وزیر)، دکتر علیرضا مصداقی نیا (معاون بهداشت وقت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر محسن پور (رییس دفتر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر احمد شیبانی (رییس سازمان غذا و دارو)، دکتر وحید دستجردی (وزیر وقت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر باقر لاریجانی (رییس وقت شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت)، دکتر مصطفی قانع (معاون تحقیقات و فناوری)، دکتر سید عباس حسینی (معاون توسعه مدیریت و منابع)، دکتر سید حسن امامی رضوی (معاون درمان)، دکتر آیتی (معاون دانشجویی و فرهنگی)، دکتر علی محقق (معاون آموزشی)، دکتر آرش رشیدیان (رییس مؤسسه ملی تحقیقات

مشارکت کنندگان

سلامت)، دکتر سید رضا مجدزاده (استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران)
و اعضای محترم شورای پژوهشی انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور؛ دکتر هدایت حسینی
(معاون پژوهشی انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور)، دکتر سید حسین داودی (معاون اداری
- مالی انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور)، دکتر رامین خاکسار، دکتر آرش رشیدی، دکتر
مسعود کیمیاگر، دکتر تیزنگ نیستانی، آزاده کمالی، دکتر محمدعلی کمالی سروستانی، دکتر محمدامین
محمدی فر، دکتر دالی بنداریان زاده، دکتر پرویز اولیاء و مهندس فریدون نوری خواه
و مدیران کل محترم معاونت های درمان و بهداشت: دکتر محمد اسماعیل مطلق (مدیرکل دفتر سلامت
جمعیت، خانواده و مدارس)، دکتر نادر ممتازمنش (رییس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی)، دکتر
فاطمه رخشانی (مدیرکل دفتر آموزش و ارتقای سلامت)، دکتر علیرضا مغیثی (مدیر روابط عمومی معاونت
بهداشت)، دکتر کاظم ندافی (رییس مرکز سلامت محیط و کار)، دکتر محمد مهدی گویا (مشاور معاون
بهداشت و رییس واحد بیماری های واگیر)، دکتر کوروش اعتماد (مشاور معاون بهداشت و رییس واحد
بیماری های غیرواگیر)، دکتر محمد فتحی (مشاور معاونت و رییس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)، دکتر
علی اردلان (مشاور معاون بهداشت و سرپرست واحد مدیریت و کاهش خطر بالایا)، دکتر محمد شریعتی (قائم
مقام معاون بهداشت و رییس مرکز مدیریت شبکه)، دکتر غلامرضا معصومی (رییس مرکز مدیریت حوادث و
فوریت های پزشکی کشور)، دکتر علیرضا اولیایی منش (مدیرکل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه
سلامت)، دکتر رواقی (رییس دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی)، دکتر سجادی (رییس دفتر
نظارت و اعتباربخشی امور درمان)، مسعود ابوالحلاج (رییس مرکز بودجه و پایش عملکرد)
با سپاس از معاون بهداشتی - رئیس مرکز بهداشت استان قم آقای دکتر مرتضی آقا حسینی که در امر تسهیل
چاپ این کتاب همراهان بودند.

پیام‌های اصلی مطالعه

تغذیه مناسب برای سلامتی بهینه ضروری است. سیاست‌ها و برنامه‌های دولت که با هدف توسعه سلامت تدوین می‌شوند لازم است در برگیرنده تدارک غذای سالم و مناسب بوده و به لحاظ اقتصادی و اجتماعی برای خانوار قابل تامین و قابل دسترسی باشد. به استناد اسناد بالا دستی به ویژه اهداف برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور تدوین شده است. طراحی این سند مطابق تعاریف امنیت تغذیه‌ای و امنیت غذایی، تجربیات جهانی، مرور تحلیلی اسناد و برنامه‌های قبلی حوزه غذا و تغذیه، نظرات خبرگان و ذینفعان بین بخشی در مدت ۹ ماه انجام شده است تا با به کارگیری آن:

۱. زبان مشترک و تعهد جمعی ذینفعان (درون و برون بخشی) در زمینه اهداف و راهبردهای ارتقای تغذیه و امنیت غذایی به وجود آید.

۲. بستر مناسب برای عملیاتی‌سازی اسناد بالادستی ایجاد شود.

۳. سرعت حمایت‌طلبی برای افزایش منابع مالی و الزامات از جمله ساختار و نظام کاری در سطح شهرستان، استان و ستاد فزونی یابد.

در نهایت نیز انتظار می‌رود با استقرار مداخلات پیشنهادی این سند در سال‌های آتی شاخص‌های مهم تغذیه و امنیت غذایی بهبود یابد از جمله این که کلیه استان‌های کشور از نظر امنیت غذایی در طیف امن تا خیلی امن قرار گیرند.

پیام‌های اصلی این سند به شرح زیر است:

پیام اول) غذا یک «موضوع راهبردی» است که تحت تأثیر هر شش عامل بیرونی شامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فن‌آوری، بین‌المللی و اکوسیستم می‌باشد. به همین دلیل امروزه بر نقش همکاری‌های بین بخشی در برنامه‌های ارتقای تغذیه و امنیت غذایی تأکید می‌شود به عبارت دیگر روش‌های رایج برنامه‌ریزی بخشی، جواب‌گوی معضلات به هم تنیده تغذیه و غذا نیست.

پیام دوم) در نقشه جهانی امنیت غذایی منتشر شده در سال ۲۰۰۸ کشور ایران جز مناطق پرخطر قرار گرفته است در این نقشه تقسیم‌بندی کشورها در طیف بسیار پرخطر، پرخطر، با خطر متوسط و کم خطر بوده است. در مطالعه درون کشور (مطالعه سمپات) هفت استان از نظر امنیت غذا و تغذیه در وضعیت ناامن تا بسیار ناامن قرار دارند.

پیام سوم) دستاوردهای نظام امنیت غذا و تغذیه در کشور علاوه بر ایجاد و توسعه زیرساخت‌های مدیریتی

مرتبط در وزارت خانه‌ها و سازمان‌های اصلی مسئول در زنجیره غذا و همچنین وجود قوانین و مقررات مصوب و برنامه‌های ملی عبارت است: از کاهش ۵۰ درصدی سوء تغذیه کودکان با اجرای برنامه‌های مداخله‌ای بین بخشی بهبود تغذیه کودکان، تجربه موفق در حذف اختلالات ناشی از کمبود ید و کاهش شیوع گواتر ۶۹٪ در سال ۶۸ به ۴/۸٪ در سال ۸۶ به واسطه اجرای برنامه یددار کردن نمک، بهبود شاخص تولید غذا و توزیع جغرافیایی آن، بهبود مراقبت‌های مادران باردار و کودکان، بهبود دسترسی به آب آشامیدنی سالم و تغذیه با شیرمادر که در بهبود شاخص تولد نوزاد کم وزن و کاهش بیماری‌های کودکان مؤثر بوده است.

پیام چهارم) افزایش متوسط هزینه خوراکی خانوار، کاهش کالری دریافتی در جامعه روستایی به ویژه در دهک‌های پایین درآمدی در طول دهه گذشته، افزایش شدید کالری دریافتی در دهک‌های بالای درآمدی به ویژه در جامعه شهری و ناترازی دریافت کالری در خانوارهای کشور که عوارض بیش خواری و کمبود دریافت مواد مغذی را در پی داشته است. زیادی میزان مصرف نوشابه‌های گازدار و نمک در کل کشور و همچنین زیادی مصرف هله‌هوله، غذاهای غیرخانگی و فست فود در شهرهای بزرگ، کمی میزان مصرف ماهی، سبزی و میوه، شیر و مواد لبنی همگی در روند افزایشی اضافه وزن و چاقی افراد جامعه و بیماری‌های غیرواگیر متعاقب آن به ویژه سکته‌های قلبی و مغزی، فشارخون، دیابت و سرطان‌ها مؤثرند.

پیام پنجم) در مطالعه تدوین سبد غذایی مطلوب در سال ۱۳۹۱ الگوی مصرف مواد غذایی نشان داده است که مصرف شیر و مواد لبنی، سبزی و میوه کمتر و مصرف قند، چربی و روغن زیادتر از میزان‌های توصیه شده در سبد غذایی مطلوب بوده است.

با این که اولین مطالعه ملی در زمینه سواد تغذیه‌ای مردم کشور در سال ۱۳۹۰ انجام شده است و مبنای مقایسه‌ای وجود ندارد اما وضعیت توصیف شده در این مطالعه نشان می‌دهد که میزان سواد تغذیه‌ای مردم با جایگاه مطلوب فاصله زیادی دارد.

پیام ششم) تحلیل برنامه‌های موجود سازمان غذا و دارو، سازمان ملی استاندارد و مرکز سلامت محیط و کار معاونت بهداشت نشان می‌دهد که هم‌پوشانی‌های وظیفه‌ای در تولی‌گری نظارت و کنترل یکپارچه بر ایمنی غذایی از تولید تا عرضه وجود دارد که در نهایت موجب اتلاف منابع و کاهش کیفیت نظارت است

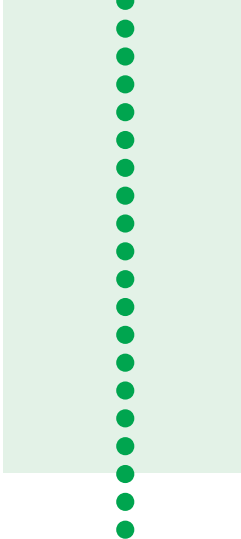
پیام هفتم) چشم‌انداز سند تدوین شده این است که «سازمان‌های اصلی مسئول در امنیت غذا و تغذیه کشور تا پایان سال ۱۳۹۹ توانسته‌اند با نهادهای ساز همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت مردم، ضمن

پیام‌های اصلی مطالعه

بهبود دسترسی فیزیکی و اقتصادی عادلانه به غذا، نشانگرهای کم‌خوری، پرخوری، بدخوری و پیامدهای آن را (در حد پیش‌بینی در این برنامه) بهبود دهند و ضمن قرار دادن همه استان‌های کشور در وضعیت مطلوب امنیت غذا و تغذیه، رتبه کشور را در منطقه ارتقا دهند.

پیام هشتم) برای دستیابی به چشم‌انداز مذکور اهداف راهبردی در دو مقطع ۱۳۹۴ و ۱۳۹۹ تعیین شده است و در مجموع دستگاه‌های متولی اصلی شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت جهاد کشاورزی (و سازمان زیرمجموعه)، وزارت صنعت، معدن تجارت و سازمان ملی استاندارد می‌بایست ۲۰ برنامه هماهنگ را طراحی و اجرا نمایند.

پیام نهم) به منظور ضمانت استقرار سند، تصویب و ابلاغ وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، تشکیل کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی ذیل شورای عالی برای پایش عملیات سند، انعقاد تفاهم‌نامه کلی و سالانه بین‌بخشی (دستگاه‌های اصلی، رسانه، نمایندگان مردم و نماینده بخش خصوصی) تشویق بخش‌های برتر و همچنین انعقاد تفاهم‌نامه عملیاتی سالانه با دانشگاه‌های علوم پزشکی پیش‌بینی شده است.



فصل اول: مقدمه



الف) ضرورت و اهداف طرح

تغذیه مناسب برای سلامتی بهینه ضروری است. سیاست‌ها و برنامه‌های دولت که با هدف توسعه سلامت تدوین می‌شوند لازم است در برگیرنده تدارک غذای سالم، مناسب و به لحاظ اقتصادی و اجتماعی برای سرپرست و آحاد خانوار قابل تامین و قابل دسترسی باشد.



بیماری‌های مرتبط با تغذیه را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد:

۱. بیماری‌هایی که در اثر تغذیه ناکافی ایجاد می‌شوند، نظیر

سوء تغذیه پروتئین انرژی و کمبود ریز مغذی‌ها؛

۲. بیماری‌هایی که در نتیجه تغذیه بیش از حد و یا بدخوری

ایجاد می‌شوند نظیر بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، چاقی، دیابت، سنگ‌های صفراوی،

پوسیدگی دندان و بعضی بیماری‌های گوارشی

امنیت غذایی و امنیت تغذیه‌ای که دو واژه متفاوت و مکمل است از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت محسوب می‌شوند. ناامنی غذایی و تغذیه‌ای علاوه بر تأثیر بر جسم، تبعات اجتماعی و روانی نیز دارد. به طور سنتی تغذیه با مسائلی نظیر کمبود مواد مغذی شامل انرژی، پروتئین، ویتامین‌ها و مواد معدنی ارتباط دارد. غذا مصداق عینی موضوع راهبردی است که تحت تأثیر هر شش عامل بیرونی شامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فن‌آوری، بین‌المللی و اکوسیستم می‌باشد. به همین دلیل امروزه بر نقش همکاری‌های بین‌بخشی در برنامه‌های ارتقای تغذیه و امنیت غذایی تأکید می‌شود به عبارت دیگر روش‌های رایج برنامه‌ریزی بخشی، جوابگوی معضلات به هم تنیده تغذیه و غذا نیست.

با این که در سال‌های گذشته برنامه‌ریزی‌های متعددی برای این حوزه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده و حتی اسنادی نیز در سطح ملی تدوین گشته است اما ضعف در عملیاتی شدن راهبردهای پیشنهادی در این اسناد، نبود نظام مدون پایش و ارزشیابی (پاسخگویی)، ضعف هماهنگی بین بخشی و همچنین کمبود ظرفیت‌های محیطی (استان‌ها و شهرستان‌ها) موجب شده است که اغلب این اسناد در حد ایده باقی مانده و یا پیشرفت مورد انتظار را نداشته باشند. این پروژه مطابق با تعاریف امنیت تغذیه‌ای و امنیت غذایی و با مرور اسناد و برنامه‌های قبلی، نظرات خبرگان و ذینفعان بین بخشی،

برنامه‌ای ملی برای ارتقای تغذیه و امنیت غذایی فراهم می‌آورد تا با به‌کارگیری آن:

۱. زبان مشترک و تعهد جمعی ذینفعان (درون و برون بخشی) در زمینه اهداف و راهبردهای ارتقای تغذیه و امنیت غذایی به وجود آید.
 ۲. بستر مناسب برای عملیاتی سازی اسناد بالادستی مرتبط (از جمله برنامه پنجم توسعه کشور و نقشه تحول نظام سلامت) و نهادینه سازی برنامه‌های قبلی ایجاد شود.
 ۳. تسریع در حمایت طلبی برای افزایش منابع و الزامات بهبود وضعیت تغذیه و امنیت غذا از جمله ساختار و نظام کاری در سطح شهرستان، استان و ستاد انجام گیرد.
- در نهایت انتظار می‌رود با استقرار محصول این پروژه در سال‌های آتی شاخص‌های مهم تغذیه و امنیت غذایی بهبود یابد از جمله این که کلیه استان‌های کشور از نظر امنیت غذا و تغذیه در طیف امن تا خیلی امن قرار گیرند.

ب) مروری بر منابع علمی و تجربیات منتشر شده تغذیه و امنیت غذایی و مفاهیم آن

۱. بانک جهانی بزرگترین تأمین‌کننده منابع مالی جهان برای برنامه‌های تغذیه است، از دیدگاه بانک مهم‌ترین مانع برای استفاده مؤثر از منابعی که بانک برای برنامه‌های تغذیه در اختیار دارد نبود متولی سازمانی و بی‌پاسخ ماندن این پرسش بوده است که اجرای مداخله‌ها باید با چه کسی باشد، بانک جهانی طی مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۰ آن را منتشر کرده است معتقد است شکست بسیاری از برنامه‌های تغذیه در مرحله اجرا اتفاق می‌افتد.
۲. کنفرانس غذا، تغذیه، تحرک جسمانی و پیشگیری از سرطان: منظری جهانی در سال ۲۰۰۷ که در واشنگتن آمریکا برگزار شده است، در بیانیه خود به اهمیت تغذیه و امنیت غذایی در پیشگیری از سرطان تأکید دارد و ده دستور تغذیه‌ای برای عموم مردم اعلام کرده است.
۳. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ با مرور سیاست‌های تغذیه‌ای کشورها گزارشی را منتشر می‌کند، چند یافته مهم این مرور عبارت است از:

■ ۷۵ درصد کشورها در کل مناطق سازمان جهانی بهداشت، گزارش کرده‌اند که سیاست‌ها و برنامه‌هایی دارند که موضوعات کلیدی سوءتغذیه ناشی از کم‌خوری مانند سوءتغذیه پروتئین و انرژی در کودکان و کمبود ریزمغذی‌ها در گروه‌های سنی مختلف و هم چنین سوءتغذیه ناشی از بیش‌خوری مانند اضافه وزن و چاقی و بیماری‌های غیرواگیر مرتبط با آن از جمله دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی

- و برخی از انواع سرطان‌ها را می‌پوشاند.
- تغذیه شیرخواران و نوجوانان مهمترین عنوان در گزارش کشورهاست.
- در منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت بیشتر سیاست‌هایی مدنظر قرار دارند که بر بیش خواری تاکید دارد.
- توجه به کاهش کمبودهای تغذیه‌ای مادران در منطقه مدیترانه شرقی کمتر گزارش شده است.
- وجود سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای رویارویی با تغذیه در بحران کمتر مورد توجه است.
- کشورهای اندکی خارج از WPRO, AFRO سیاستی برای تغذیه کودکان در بحران‌ها دارند.
- اغلب کشورها سیاست‌هایی برای کنترل بیماری‌های غیرواگیر مرتبط با تغذیه و چاقی دارند لیکن همه کشورها در سیاست‌هایشان چاقی کودکان و بالغین را مورد توجه قرار نداده‌اند.
- اکثر ابزارهای اجرای سیاست‌ها بر رویکردهای اطلاعاتی متمرکز هستند: راهنماها، برچسب‌گذاری و ترویج خوارک سالم از طریق رسانه.
- آموزش و مشاوره تغذیه در مراقبت اولیه مورد نظر در نیمی از کشورهای عضو مورد توجه قرار گرفته است.
- در نیمی از کشورهای اروپایی برنامه‌های مداخله‌ای کاهش مصرف نمک به مورد اجرا گذاشته شده است.
- تأمین ریزمغذی‌ها از جمله مولتی ویتامین، آهن و فولات برای مادران باردار در سیاست‌های ملی همه کشورها وجود دارد.
- کمتر از یک سوم کشورهای عضو، توصیه به مکمل‌یاری در زنان برای پیشگیری و کنترل کم‌خونی دارند. برنامه‌های مکمل‌یاری زنان (ویتامین آ، مکمل‌های ریزمغذی‌ها و...) تقریباً از هیچ کشوری گزارش نشده است.
- برنامه‌های مکمل‌یاری کودکان با پوشش بالا برای ویتامین آ در کشورهای آفریقایی و آسیای جنوب شرقی وجود دارد.
- توزیع مکمل آهن و اسید فولیک در مدارس اغلب کشورها گزارش شده است.
- غنی‌سازی در سیاست‌های ملی و منطقه‌ای و برنامه‌های متمرکز بر گروه‌های غذایی مثل آرد گندم، غذاهای کمکی کودکان، نمک، کره/ مارگارین، روغن و شکر در نظر گرفته شده است.

- در نیمی از کشورها گزارش شده است که یددار کردن نمک‌های خوراکی اجباری است. این برنامه در بیشتر کشورهای منطقه مدیترانه شرقی به مورد اجرا گذاشته شده است.
 - مداخلات سلامت به عنوان بخشی از سیاست تغذیه‌ای وجود دارد.
 - اغلب کشورها سازوکارهای هماهنگی برای اعمال حاکمیت/قانون‌مندسازی تغذیه‌ای دارند.
 - در اغلب کشورها، سازوکارهای هماهنگی در وزارت بهداشت وجود دارد و دروندادهایی از بخش‌های آموزش، کشاورزی، غذا و رفاه اجتماعی دارند.
 - کشورهای محدودی در آسیای جنوب شرقی گزارش کرده‌اند که سازوکارهای هماهنگی در زیرمجموعه نخست‌وزیر و دفتر رییس جمهوری قرار دارد. قدرت این‌ها، معمولاً محدود به تخصیص مسئولیت‌ها و ندرتاً کنترل بودجه‌هاست.
 - در اغلب مناطق سازمان جهانی بهداشت به خصوص در منطقه مدیترانه شرقی (EMRO)، اسناد سیاست تغذیه‌ای به طور نظام‌مند زنان و گروه‌های آسیب‌پذیر را هدف قرار نداده‌اند.
 - اغلب کشورها پیمایش‌های گردآوری داده‌های تغذیه‌ای و همچنین مکانیسم‌های پایش و ارزشیابی را مستقر کرده‌اند.
 - اغلب کشورها داده‌های وزن و قد را گزارش کرده‌اند ولی نه برای همه گروه‌های سنی.
 - پوشش شاخص‌های گزارش شده، به خوبی با اطلاعاتی که برای پایش پیشرفت چالش‌های تغذیه‌ای و دریافت و پیامد مداخلات لازم است همخوانی ندارد.
 - سنج‌های اندکی برای بررسی وضعیت ویتامین‌ها و ریزمغذی‌های خاص یا عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر مورد توجه هستند.
 - اغلب اسناد سیاستی تغذیه‌ای سازوکار پایش و ارزشیابی دارند و اکثر کشورها نهاد مسئول برای این فعالیت دارند.
۴. در یکی از مقالات علمی منتشر شده به اهمیت کیفیت درک عمومی از پیام‌های تغذیه و غذا تأکید شده است و راهنمایی برای ژورنالیست‌ها و محققان تهیه کرده است.
۵. تجربه منتشر شده از کشور مالزی در سال ۲۰۰۲ در بهبود تغذیه و امنیت غذایی به نقش مشارکت و همکاری بین بخشی دستگاه‌ها و چگونگی تداوم همکاری افراد مختلف و متنوع بر سراسر اهداف مشترک تأکید دارد، سازوکار هماهنگی عملیاتی در درون دفتر سلامت خانواده در وزارت بهداشت

قرار دارد و برنامه تدوین شده در تداوم و تقویت برنامه‌های قبلی نقش هماهنگی و پایش را بر عهده گرفته است.

۶. گزارش جهانی پایش ۲۰۱۲ درباره قیمت‌های غذا، تغذیه و اهداف توسعه هزاره توسط بانک جهانی نشان می‌دهد جهان به رغم دستیابی به دو هدف رفع فقر شدید و تأمین آب سالم در مورد کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و زیر یک سال (هدف چهارم) و همچنین مرگ مادران (هدف پنجم) هنوز با اهداف فاصله دارد و اتفاقاً این دو هدف با تغذیه و امنیت غذایی در ارتباط است. در این گزارش آمده است که با افزایش قیمت بین‌المللی غذا در سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۸، ۱۰۵ میلیون نفر و در افزایش سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۱، ۴۸/۶ میلیون نفر زیر خط فقر افتادند یا ماندند به عبارت دیگر فقر نوعاً با افزایش قیمت غذا بالا می‌رود و قیمت بالاتر غذا سبب می‌شود که مردم سهم بیشتری از درآمد خانوار را برای آن هزینه کنند. علاوه بر آن، افزایش بیکاری، کساد و رکود اقتصادی که درآمد خانوار را به شدت کاهش داده است، نیز باید در نظر گرفته شود. در این گزارش اثرات افزایش قیمت غذا برای انواع کشورها (واردکننده و یا تولیدکننده مواد غذایی مورد نیاز) مورد بررسی قرار گرفته است به عنوان نمونه یکی از این اثرات رها کردن مدارس توسط کودکان برای کمک به ایجاد درآمد در خانواده و به علت هزینه‌های بالا و غیرقابل کنترل آموزش اتفاق افتاده است. آثار افزایش قیمت غذا بر ترک مدرسه بیش از حد انتظاری سرو صداست. هزینه آموزش، فاصله تا مدرسه، دسترسی به تغذیه در مدرسه بر ترک مدرسه و یا ادامه تحصیل کودکان تأثیر دارد.

۷. گزارش سازمان جهانی بهداشت درباره سیاست غذا و تغذیه‌ی اروپا در سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۰، شش

شش راهبرد اصلی برنامه غذا و تغذیه اروپا در

2007 تا 2012

- ۱- حمایت از شروع یک زندگی سالم (سلامت در بدو تولد)
- ۲- تضمین عرضه ایمن، سالم و پایدار غذا
- ۳- تدارک اطلاعات جامع و آموزش مشتریان
- ۴- انجام اقدامات یکپارچه یا منسجم برای درست کردن مؤلفه‌های مرتبط
- ۵- تقویت تغذیه و ایمنی غذا در بخش سلامت
- ۶- پایش، ارزشیابی و تحقیق

راهبرد اصلی را به شرح جعبه روبرو تعیین کرده است

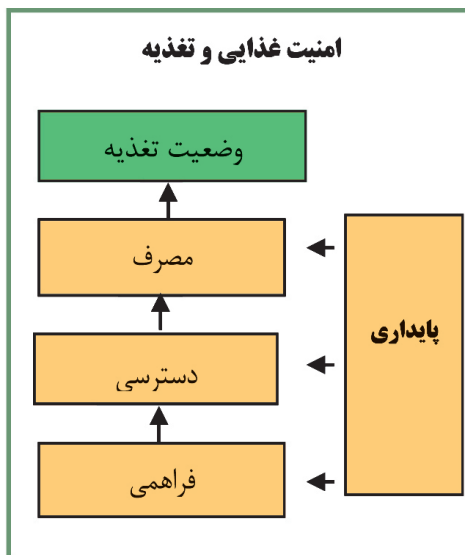
گام‌های استقرار برنامه نیز به شرح زیر تعیین شده است:

■ تأکید بر استقرار یا تقویت سازوکار بین‌بخشی دولت برای سیاست تغذیه و غذا:

- لزوم نقش تولیتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- وجود مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی در کل دولت و مجلس.

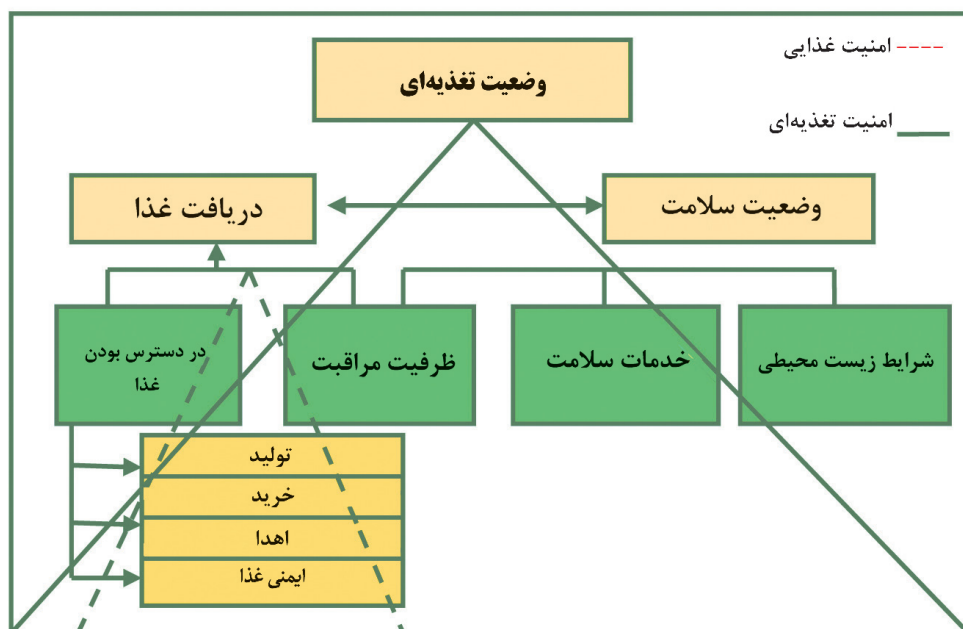
- وجود بدنه‌های تخصصی مستقل همانند شورای غذا و تغذیه و سازمان ملی ایمنی و استانداردهای غذا.
 - بازنگری طرح‌های اقدام و سیاست‌های بخشی موجود غذا و تغذیه
 - اولویت‌بندی استقرار اقدامات اختصاصی
 - عملیاتی کردن طرح اقدام با ترکیب سیاست‌های ماکرو، چارچوب‌های تنظیمی (قانون‌گذاری، تنظیمات، دستورات، عهدنامه‌ها) و سنجه‌های مالی و...
 - ایجاد گفتگو و شراکت با سایر ذینفعان
 - تخصیص منابع
 - پایش استقرار و پاسخگویی
۸. گذار تغذیه‌ای در ایران در زمینه تغییر سریع دموگرافیک، شهرنشینی و توسعه اجتماعی در عدم رشد اقتصادی پایدار و قابل توجه در حال اتفاق افتادن است. الگوی مصرف غذا و کیفیت رژیم غذایی بسیار وابسته به درآمد است لیکن انتخاب‌های غذایی به ویژه در گروه‌های پردرآمد تحت تأثیر نیروهای اقتصادی هستند. توسعه سواد تغذیه‌ای در جمعیت به عنوان اولییتی که نه فقط برای کنترل سوءتغذیه بلکه برای پیشگیری از همه‌گیری بیماری‌های مزمن مرتبط با چاقی ضروری است.
۹. در پی برگزاری کنفرانس جهانی تغذیه دستور عمل تدوین برنامه عملیاتی تغذیه به این شرح تدوین شده است که گردهم آوردن وزارت خانه‌ها، سمن‌ها، دانشگاه‌ها، بخش خصوصی و رسانه‌ها؛ تدوین برنامه کار و پیش‌بینی بودجه؛ فراهم ساختن امکان مشارکت گسترده افراد و سازمان‌هایی که درباره موضوع نقش کلیدی دارند؛ تضمین مشارکت مؤثر کشوری در سطوح استانی و شهرستانی برای پیگیری عملیات؛ و در صورت ضرورت همکاری با سازمان‌های کمک برای تأمین مساعدت‌های فنی و مالی از جمله اصول برنامه‌ریزی عملیاتی تغذیه در کشورها است. در این میان به چند موضوع زیراولویت داده شده است:
- «ادغام هدف‌های تغذیه در سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه؛ بهبود امنیت غذایی خانوار؛ بهبود کیفیت و ایمنی غذا؛ کنترل کمبود ریزمغذی‌ها؛ ارزیابی، تحلیل و پایش وضعیت تغذیه؛ پیشگیری از بیماری‌های عفونی و درمان آنها؛ ترویج تغذیه با شیر مادر؛ مراقبت از گروه‌های محروم اقتصادی - اجتماعی و اقشار آسیب پذیر؛ و ارتقای برنامه مناسب غذایی و شیوه‌های سالم زیستی».

۱۰. گزارش مروری بر سیاست تغذیه در انگلستان در سال ۲۰۰۹ نشان می‌دهد که رابطه سیاست‌ها با نتایج تحلیل‌های سلامت عمومی کم‌رنگ است و ارزشیابی پیامدهای مرتبط با سلامت اتفاق نیافتاده است، راهنماهای تغذیه‌ای وجود نداشته و فعالیت صنایع غذایی و تبلیغاتی در جهت تضعیف مقررات و پیام‌های تغذیه‌ای است البته با فعالیت مؤسسه استاندارد غذا، موفقیت‌های خوبی کسب شده از جمله به کاهش نمک و چربی اشباع شده در غذاها می‌توان اشاره نمود. در میان استانداردها و سیاست‌های غذایی، مواد و بندهایی که هدف آنها حذف فقر غذایی و بهبود سلامت تغذیه‌ای در خانواده‌های کم‌درآمد باشد، تقریباً دیده نمی‌شود. در هر ۴ حوزه (شامل نابرابری غذایی، سیاست‌های تغذیه‌ای شیرخواران، کودکان، نوجوانان، جوانان و دانش‌آموزان) برنامه غذایی مدارس و چاقی دوران کودکی) بحث غذا و سیاست‌های سلامت با تمرکز زیاد بر پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی مطرح است. در این گزارش پیشنهاد شده است که راهنماهای تغذیه‌ای که حاوی استانداردها و اصول و روش‌های کاربست آنها می‌باشند با نگرش تقویت عدالت اجتماعی و توزیع عادلانه تدوین شود، کار کردن با صنایع غذایی و نحوه نظارت و ارزیابی آنها مشخص شود، به طور منظم هزینه‌های غذایی مورد پایش قرار گیرد. بین نهادهای غیردولتی فعال در حوزه غذا، اتحادیه یا ائتلاف تشکیل شود تا به عنوان یک نهاد مستقل در سلامت تغذیه‌ای جامعه نقش بازی کند و گزارشات سیاستی سالانه توسط یک نهاد عمومی غیردولتی با حمایت مالی دولت، تهیه و ارائه شود.



۱۱. امروز تعریف امنیت غذایی عبارت است از این که غذای کافی (کمیت، کیفیت، ایمنی، مقبول بودن از نظر اجتماعی-فرهنگی)، فراهم و در دسترس باشد و پس از استفاده موجب رضایت خاطر تمام افراد، در تمام اوقات شود تا بتوانند زندگی سالم و شادی داشته باشند بنابراین در تعریف امروزی امنیت غذا و تغذیه سه عبارت فراهمی، دسترسی و بهره‌مندی مورد توجه است. لازم است تعریف سه واژه به این شرح تفکیک شود:

- **امنیت غذایی:** امنیت غذایی عبارت است از دسترسی فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی همه افراد، در تمام اوقات، به غذای کافی، ایمن و مغذی و نیازهای غذایی با مطلوبیت اجتماعی، فرهنگی و بهره‌مندی تمام سلول‌ها از مواد مغذی برای دستیابی به یک زندگی سالم و فعال.
- **ایمنی غذایی:** حفظ و نگهداری غذا از هر آلودگی که مضر به سلامتی مصرف‌کنندگان است.
- **امنیت تغذیه‌ای:** عبارت است از دسترسی فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی همه افراد، در تمام اوقات، برای دستیابی به غذای کافی، ایمن، مغذی با جذب و بهره‌مندی مؤثر سلولی. غذاهایی که ربحان و نیازهای غذایی را برای یک زندگی سالم، فعال و شاد برآورده می‌سازد.

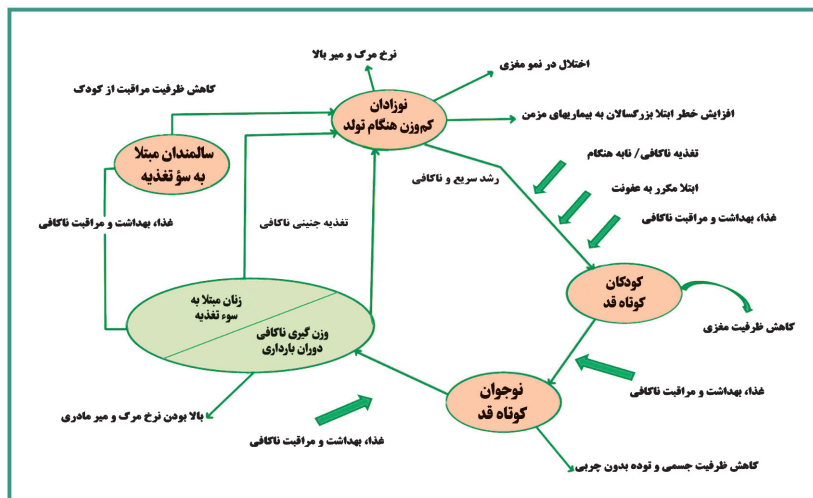


۱۲. مرکز بین‌المللی تحقیقات سیاست غذای آمریکا در گزارش سال ۲۰۱۱ شوک‌های شدید آب و هوایی به ویژه موارد انسان - ساخت، ناپایداری قیمت مواد غذایی، بروز قحطی به خاطر جنگ و ناآرامی، سوخت‌های زیستی، حضور بازیگران جدید (بخش خصوصی، سازمان‌های بشردوستانه، سازمان‌های سبز، کشورهای در حال توسعه مثل هند و چین و برزیل و...) بهره‌برداری (و فرسایش)

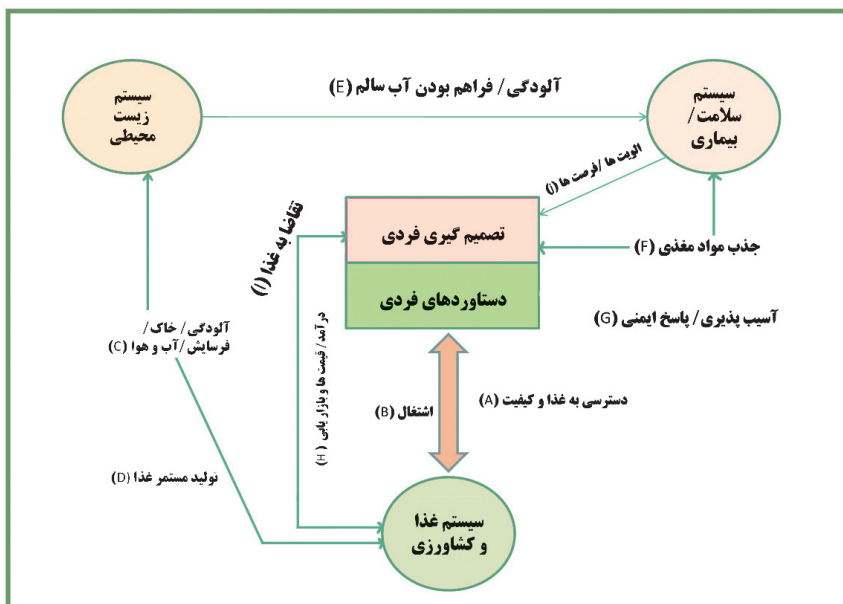
بیش از حد از زمین، رشد بالای جمعیت، تحولات سیاسی را به عنوان چالش‌های عمده جهانی در امر امنیت غذا و تغذیه برشمرده است. در همین گزارش ذکر شده که ۲۴ درصد زمین‌های کشاورزی دنیا تحت تأثیر فرسایش قرار گرفته و یک درصد از بهره‌دهی خارج شده، یعنی ۲۰ میلیون تن از تولید غلات در سال کاسته شده است. حدود ۱/۵ میلیارد نفر و حدود ۴۲ درصد افراد فقیر روی این زمین‌ها زندگی می‌کنند. تحولات سیاسی منطقه خاورمیانه به دلیل بیداری اسلامی (بهار عربی) کشورهای این منطقه را از منظر غذایی ناامن می‌سازد.

۱۳. کلنر در کتاب خود به طور جامع تعریف، علل و عوامل، آثار مثبت و منفی، سطح بندی، مکانیسم اندازه‌گیری، ارزیابی و شاخص‌های ارزیابی امنیت غذا و تغذیه را مورد بررسی قرار می‌دهد از جمله این که به پاره‌ای از هشدارها می‌پردازد:

- گرسنگی و عواقب آن سالانه سبب مرگ بیش از ۴۰ میلیون نفر در دنیا می‌شود. که ۱۳ میلیون نفر آنها را کودکان تشکیل می‌دهند.
- بیش از ۴۰ درصد مردم دنیا از کمبود ریزمغذی‌ها رنج می‌برند. که به گرسنگی پنهان معروف است (۲) میلیارد نفر کمبود آهن، ۱/۶ میلیارد نفر کمبود ید و ۲۳۰ میلیون نفر کمبود ویتامین آ).
- ۹۰ درصد مردم گرسنه دنیا از ناامنی غذا و تغذیه رنج می‌برند. که علت عمده آن نواقص ساختاری و مدیریتی کشورها می‌باشد و حوادث جوی یا مداخلات انسان ساخت در آن نقش زیادی ندارد.



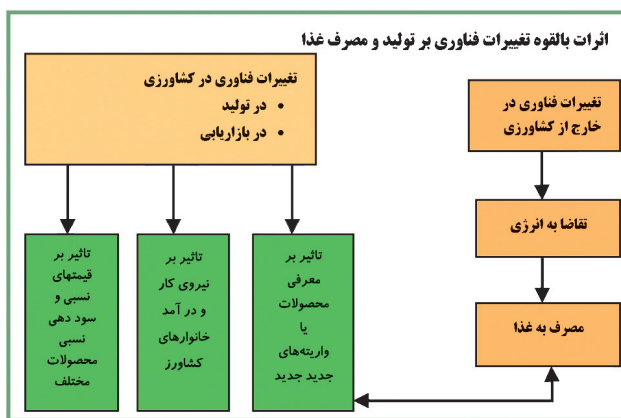
- ناامنی مزمن غذا و تغذیه باعث می‌شود تا فقرا نتوانند از رشد فیزیکی و ضریب هوشی مناسب و به تبع آن توان تولید اقتصادی برخوردار گردند.
- هرگونه آسیب یا فقر غذایی و تغذیه‌ای در دوران کودکی تا پایان عمر آثار نامطلوب خود را به جامی‌گذارد.
- ۱۴. هاموند و همکاران در مقاله خود کاربرد نظریه سیستمی و بین‌بخشی را برای بهبود امنیت غذا و تغذیه تشریح کرده‌اند، در این مقاله چهار دسته عوامل اثرگذار در ناامنی غذا و تغذیه معرفی شده‌اند:
- **عوامل کلان:** سیاست‌های بازار، مالکیت زمین و ابزار، سیاست‌های تولید، هنجارهای اجتماعی و فرهنگی
- **عوامل زراعی:** از مرحله تولید مواد خام، نگهداری، تبدیل، بسته‌بندی، زنجیره تأمین (حمل و نقل، توزیع و مصرف)
- **عوامل سلامتی:** اختلالات فیزیولوژیک و بیماری‌ها، آب و خوراک سالم
- **عوامل زیست محیطی:** تغییرات جوی، رشد جمعیت، توسعه اقتصادی، شهرنشینی، مهاجرت، تغییرات اکوسیستم



۱۵. بانک جهانی در گزارش سال ۲۰۰۷ خود با عنوان از کشاورزی تا تغذیه، اثرات تکنولوژی در بخش کشاورزی و خارج از آن را بر امنیت غذا و تغذیه ترسیم می‌کند:

«عامل فناوری به دلیل تاثیر بر تسريع و تسهيل نمودن فرآیندها و کنترل دقيق و سريع موانع اهميت دارد.»

۱۶. اوانس در گزارش غذا برای ۹ میلیارد نفر ضمن معرفی سناریوهایی برای آینده امنیت غذا و تغذیه به نقل از بانک جهانی پیش‌بینی می‌کند تقاضا برای مواد غذایی در دهه‌های آینده همزمان با افزایش جمعیت به ۹/۲ میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت، تا سال ۲۰۳۰ تقاضای جهانی برای



غذا ۵۰٪ و برای گوشت ۸۵٪

افزایش می‌یابد، بنابراین خطر کمبود مواد غذایی در آینده جدی است و می‌تواند وضعیت دشواری را برای کشورهای وابسته به واردات و افراد فقیر در سراسر دنیا ایجاد کند:

■ تغییرات آب و هوا منجر به افزایش ۴۰ تا ۱۷۰ میلیونی

در تعداد افراد مبتلا به سوءتغذیه در کل دنیا می‌شود. در حالی که افزایش دما در مناطق با عرض جغرافیایی بیشتری تواند با افزایش محصول همراه باشد، در مناطق پایین‌تر (که اغلب کشورهای در حال توسعه در آن واقع هستند) عواقب منفی را به دنبال دارد.

■ امنیت انرژی به شیوه‌های گوناگون بر قیمت مواد غذایی اثر می‌گذارد از قیمت کود و مصرف انرژی در مزرعه و هزینه‌های حمل و نقل گرفته تا استفاده از محصولات کشاورزی برای تولید بیوسوخت که به تنهایی مهمترین علت افزایش قیمت مواد غذایی در سال‌های اخیر است. در حالی که قیمت نفت خام از تابستان ۲۰۰۸ به میزان قابل توجهی کاهش یافته است (از حداکثر ۱۴۷ دلار در جولای به حدود ۴۰ دلار در دسامبر)، عدم گسترش تولید محصولات نفتی جدید و تسريع کاهش میدان‌های نفتی، بیانگر افزایش واکنشی قیمت انرژی پس از اتمام رکود اقتصادی و افزایش قیمت مواد غذایی به دنبال آن است.

■ کمبود آب هم‌زمان با رشد جمعیت و افزایش سرانه مصرف به یکی از مشکلات مهم تبدیل شده است. نیم میلیارد از مردم دنیا در کشورهای زندگی می‌کنند که به‌طور مزمّن دچار کم‌آبی هستند و در سال ۲۰۵۰ این رقم به ۴ میلیارد خواهد رسید نه تنها به سبب تغییرات آب و هوا بلکه به دلیل استفاده بی‌رویه از آب رودخانه‌ها، دریاچه‌ها و منابع زیرزمینی. در آن زمان کشاورزی که حدود ۷۰٪ از آب تازه را در دنیا مصرف می‌کند به نحو بارزی گران‌قیمت خواهد بود.

■ رقابت برای زمین در آینده به احتمال زیاد مشکل قابل توجهی است. برای پاسخ به نیاز فزاینده جهانی به مواد غذایی، افزایش محصول به‌تنهایی کافی نیست و افزایش زمین زیر کشت مورد نیاز است. با این حال سایر تقاضاها برای زمین جهت بیوسوخت، تولید الوار، تجزیه کربن، احیای جنگل‌ها و گسترش شهرنشینی، نیز قابل توجه است زیرا ممکن است بخشی از زمین‌های زیر کشت را تصرف کنند. همچنین نسبت قابل توجهی از زمین‌های استفاده شده برای کشت محصولات کشاورزی کیفیت خود را از دست داده‌اند.

در این گزارش پنج مداخله برای کشورهای در حال توسعه (موارد یک تا پنج) و پنج مداخله در مقیاس بین‌المللی (موارد شش تا ده) پیشنهاد شده است:

۱. سرمایه‌گذاری بیشتر در زمینه غذا و کشاورزی: صرف منابع ملی کافی و متناسب با توصیه‌های بین‌المللی برای کشورها

۲. سرمایه‌گذاری برای یک انقلاب سبز در قرن ۲۱: انقلاب سبز در قرن بیستم به افزایش قابل ملاحظه‌ای در تولید محصول دست یافت. هم‌اکنون نیز به چیزی مشابه آن در قرن ۲۱ نیاز داریم که نه تنها منجر به افزایش محصول شود بلکه مدل‌های کشاورزی مبتنی بر درون‌داد را (آب، کود، آفت کش و انرژی) به کشاورزی مبتنی بر دانش تغییر دهد.

۳. دریافت مواد ضروری در محل: برای رونق کشاورزی در کشورهای در حال توسعه دسترسی به پنج منبع مهم ضروری است: سرمایه (زمین، ماشین‌آلات، و منابع تجدیدپذیر مانند آب)، بازارها (برای مثال کفایت زیرساخت‌ها، شبکه‌های ارتباطی که دسترسی به آخرین قیمت‌ها را برای کشاورز امکان‌پذیر می‌سازد و ظرفیت پاسخگویی به استانداردهای عرضه در سوپرمارکت‌ها)، اعتبار (جلوگیری از فروش زود هنگام محصولات از سوی کشاورزان کوچک و یا بهبود دسترسی به امکانات اولیه مانند کود)، دانش (در مواردی که نیاز فوری به سرمایه‌گذاری در خدمات جانبی کشاورزی

- وجود دارد تا به انتقال یافته‌های تحقیق و توسعه در محیط کار کمک کند) و ابزارهای مدیریت خطر.
۴. توجه به کشاورزان کوچک: یک و نیم میلیارد نفر در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که به کشاورزی‌های کوچک وابسته‌اند. در حالی که بحث پیرامون حمایت از کشاورزی‌های کوچک در نتیجه ارتباط رمانتیک آن با کشاورزی روستایی به کج راه می‌رود، شواهد نشان می‌دهد با رویکرد صحیح، کشاورزی در مقیاس کوچک روشی پایدار برای رهایی از فقر است.
۵. بهبود دسترسی به حمایت‌های اجتماعی: در بسیاری از کشورهای فقیر قیمت بالای مواد غذایی با استفاده از یارانه‌ها یا نظارت بر قیمت‌ها کنترل می‌شود. هر دو رویکرد هزینه‌ساز است: در حالت اول کشاورزان بودجه دولت را به ورشکستگی می‌کشاند و در حالت دوم کشاورزان انگیزه‌ای برای تولید بیشتر ندارند. سامانه‌های حمایت اجتماعی گزینه بهتری است.
۶. ایجاد سازمانی مشابه آژانس بین‌المللی انرژی: پس از اولین شوک نفتی در سال ۱۹۷۳ آژانس بین‌المللی انرژی ایجاد شد تا فعالیت‌های جمعی را در بحران‌ها هماهنگ کند و بالاتر از همه سامانه پاسخ فوری بر مبنای ذخایر نفت استراتژیک در برخی از کشورها بنا نهاده شد. اکنون نیز کار مشابهی برای غذا باید انجام شود.
۷. بهبود حمایت‌های فنی به صورت توافق‌نامه‌های درازمدت برای امنیت تجهیزات: روند موجود در مهمترین کشورهای واردکننده مواد غذایی مانند چین، کره جنوبی و تعدادی از کشورهای خلیج فارس برای یافتن قراردادهای درازمدت خرید مواد غذایی، اجازه کردن زمین و یا خرید زمین در سایر کشورها، دیگر کشورهای فقیر را که توانایی معامله عادلانه را ندارند با خطر مواجه می‌کند (برای مثال ماداگاسکار بخشی از زمین‌های قابل کشت خود را برای ۹۹ سال به کره جنوبی اجازه داده است و به جز ایجاد اشتغال در مزرعه‌ها هیچ جبران دیگری در ازای آن دریافت نمی‌کند). با این حال این توافق‌نامه‌ها باید برای هر دو طرف سودمند باشد، یعنی به کشورهای وابسته به واردات اجازه می‌دهد امنیت غذایی خود را افزایش دهند و در همان زمان سرمایه و زیرساخت‌های مورد نیاز و آگاهی از عملکرد کشورهای دارای ظرفیت تولید بالا را به همراه می‌آورد. برای حرکت در مسیر این سناریوها کشورهای در حال توسعه در ریزنی برای این قراردادهای پیچیده و خلاقانه به کمک‌های فنی نیاز دارند. لازم است کشورهای اهداکننده به فوریت برای ارائه چنین توصیه‌هایی اقدام کنند.

۸. آزاد سازی کشاورزی در کشورهای توسعه یافته: هرچند آزاد سازی کشاورزی در کوتاه مدت ممکن است با افزایش قیمت ها همراه شود، حقیقت این است که اصلاح در حمایت از کشاورزی در ایالات متحده و سیاست های مشترک کشاورزی اتحادیه اروپا برای بهبود امنیت غذایی در کشورهای فقیر ضروری است، سیاست کشورهای توسعه یافته در دادن یارانه برای تولید محصولات کشاورزی و سپس صادرات آن در نظام تجارت جهانی، به صورت ساختاری به ضرر کشورهای در حال توسعه بوده و ظرفیت بخش کشاورزی آنها را برای رقابت از بین می برد، بر همین منوال کشورهای توسعه یافته باید به جای کمک به صورت مواد غذایی به صورت نقدی، به کشورها در زمینه تولید مواد غذایی کمک کنند.

۹. ادغام امنیت عرضه در قوانین تجارت جهانی: برگشت به سوی کشاورزی حمایت شده می تواند با عقب گرد جدی در امنیت غذایی جهانی همراه باشد. اما پس از شوک اخیر در در داد و ستد کشاورزی، (پس از آن که محدودیت صادرات در بیش از ۳۰ کشور دنیا اجرا شد) بیشتر دولت ها مطمئن نیستند که به بازار جهانی بتوانند اعتماد کنند.

۱۰. توافق جهانی برای حل چالش تغییرات آب و هوا: اثر گسترده تغییرات آب و هوا به تنهایی بدین معنی است که برنامه جهانی برای تثبیت غلظت گازهای گلخانه ای یک تهدید برای آینده امنیت غذایی در دنیا است اما تنها دلیل نیست. تحلیلگران بانک جهانی و صندوق بین المللی پول معتقدند بیوسوخت یکی از مهمترین (اگر نگوییم مهمترین) دلایل افزایش قیمت مواد غذایی در سال های اخیر است.

۱۱. کنسرسیوم حقوق غذا و تغذیه در سال ۲۰۱۰ در گزارش خود آورده است که مشکل گرسنگی ناشی از سیاست های بین المللی و یا ملی است که دسترسی افراد به منابع طبیعی، منابع مالی و یا منابع عمومی را برای تولید یا خرید مواد غذایی به شیوه ای که کرامت انسان ها حفظ شود، تضمین نمی کند، با وجود افزایش شهرنشینی اکثریت افراد گرسنه هنوز در روستاها زندگی می کنند؛ ۵۰ درصد آنها کشاورزان خرده پا و ۲۰ درصد کارگران کشاورز فاقد زمین هستند، ۲۰ درصد ساکن شهرها و ۱۰ درصد باقیمانده مشاغل مانند ماهیگیری دارند که باز هم به منابع طبیعی وابسته است. در همین راستا توقف سیاست های ملی و بین المللی که سبب تداوم مشکل گرسنگی شده یا به ایجاد آن کمک می کنند امری ضروری است. دولت ها باید در زمینه نظارت بر بخش خصوصی و مؤسساتی

که حق دسترسی به غذای کافی را پایمال می‌کنند، بیشتر فعالیت نمایند. به نظر می‌رسد که حق دسترسی به مواد غذایی در هنگام بحران موضوع فراموش شده‌ای است، بحران غذا با بازنگری در تخصیص منابع در خانواده همراه است و معمولاً بیشترین اثر را بر گروه‌های آسیب‌پذیر دارد، برای مثال مادران شیرده گروهی هستند که در این بحران‌ها به میزان بیشتری دچار سوءتغذیه می‌شوند و باید دقت کنیم که رژیم غذایی کودکان کوچک معمولاً متأثر از رژیم غذایی مادران آنهاست. بحران غذا سبب می‌شود قدرت خرید خانواده در تأمین مواد غذایی و تنوع مواد غذایی در سفره آنها کاهش یابد. این کنسرسیوم مداخلات زیر را پیشنهاد می‌کند:

- تخصیص یارانه به خدمات سلامت عمومی جهت گروه‌های آسیب‌پذیر
- برقراری مجدد درآمد خانواده‌ها به ویژه اعضای مؤنث خانواده که ارتباط بیشتری با تغذیه خانواده دارد.
- اطمینان از این که مداخلات بخش خصوصی سبب محرومیت جامعه در دسترسی به زمین و اتلاف منابع طبیعی نمی‌شود.
- بازبینی سیاست‌های ملی و بین‌المللی برای حفظ دسترسی افراد به زمین
- سرمایه‌گذاری متمرکز در زمینه سلامت و تغذیه در زمینه اولویت‌هایی که با مشارکت خود مردم تعیین شده‌اند.
- پایش مداوم وضعیت جهانی امنیت غذایی و وضعیت تغذیه در سطح ملی و محلی
- ایجاد سازوکارهای حمایتی برای کودکان بی‌سرپرست به طور خاص و حمایت‌های اجتماعی عمومی
- ۱۲. دپارتمان کشاورزی آمریکا در سال ۱۹۹۵ اندکس رژیم غذایی سالم را به عنوان ابزاری برای سنجش کیفیت رژیم غذایی معرفی کرد که پیروی از دستورالعمل کشوری برای رژیم غذایی را ارزیابی می‌کند. اندکس HEI ۲۰۰۵ ابزار استاندارد است که در پایش، مداخله و پژوهش می‌توان از آن استفاده کرد.
- ۱۳. وزارت غذا و کشاورزی ایتالیا در سال ۲۰۰۳ مجموعه‌ای از ویژگی‌های لازم برای موفقیت برنامه‌های ملی غذا و تغذیه را به شرح زیر آورده است این گزارش حاصل مرور جامع سایر تجربیات در این حوزه است:
- موفقیت یک برنامه از یک سوبه قابلیت آن برای تحقق اهدافش بستگی دارد و از سوی دیگر به قابلیت آن برای حفظ این دستاوردها.
- خلق یک کلان محیط پشتیبان: در اکثر کشورها چنین محیط حمایت‌کننده‌ای وجود دارد، اما حتی در آنجایی هم که وجود دارد، پشتیبانی ممکن است به جهت‌دهی مجدد

نیازمند باشد. بسیاری از کشورها ممکن است مدعی یک محیط پشتیبان باشند چرا که امضاکننده تعدادی از اعلامیه‌های غذایی یا مرتبط با تغذیه بوده‌اند. این اعلامیه‌ها کمک‌کننده هستند اما به خودی خود به معنی وجود حمایت‌های لازم نمی‌شوند. خلق یک محیط پشتیبان، یا بازبینی محیط پشتیبان کنونی، لازم است که از طریق یک بسیج جلب حمایت سیاسی و عمومی حاصل شده و بر موارد زیر تأکید گردد:

- تغذیه به عنوان نشانگری که خروجی توسعه ملی است و بهبود تغذیه به عنوان بخش اساسی فرآیند توسعه.
- تغذیه و امنیت غذایی به عنوان یکی از حقوق پایه‌ای همه انسان‌ها؛
- چهارچوبی مفهومی که نشان‌دهنده مسیر چندبخشی بهبود وضعیت تغذیه‌ای و به تبع آن لزوم همکاری بین‌بخشی باشد.
- نقش بخش‌های مختلف در فراهم آوردن خدمات پایه‌ای کیفیت مناسب (سلامت، کشاورزی، آموزش) برای تمامی جمعیت و این که این موضوع چه سهمی در بهبود تغذیه دارد.
- نقش و سهم اجتماع و ماهیت مشارکت اجتماعی؛
- چگونه تمرکززدایی می‌تواند در ایجاد رابطه بین یک رویکرد بالا - پایین و یک رویکرد عمومی سهیم باشد.

برقراری چنین ارتباطی نیازمند زمان و منابع و شاید پشتیبانی چهره‌های مهم سیاسی است. یک رویکرد این است که کمک‌های مالی قابل ملاحظه‌ای برای یک برنامه عمده تأمین کرده و کمپین را فعالیت آغازین آن برنامه قرار دهیم. این همان چیزی است که ماداگاسکار به قصد یا بدون قصد به آن دست یافته است. اما رویکرد دیگر آن است پروژه آزمایشی که با موفقیت اجرا شده است را ارائه دهیم. صرف نظر از این که کدام رویکرد انتخاب شود، برای آنکه بهبود تغذیه به گونه‌ای بادوام حاصل گردد لازم است که محیطی با یک خط مشی کلان ایجاد گردد.

- **دستیابی به مشارکت اجتماع:** برای دستیابی به یک مشارکت واقعی هیچ راه میانبری وجود ندارد، هم‌اکنون راهبردهای متعدد منتشر شده‌ای در خصوص روش‌شناسی مشارکت اجتماع موجود می‌باشد. راهنمایی گرفتن از آنها لازم است. دستیابی به مشارکت واقعی فرآیندی کند و گام به گام است و گاهی لازم می‌شود که گامی هم به عقب برداشته شود. احتمالاً بهترین رویکرد یک رویکرد

عملگراییانه است: آغاز کردن از همان چیزی که وجود دارد، بنا نهادن آن و به تدریج شکل بخشیدن به آن، به گونه ای که از یک سطح به سطحی بالاتر برسیم. ممکن است در یک اجتماع با موفقیت و در اجتماعی دیگر با شکست مواجه شویم، و این گاه نشان دهنده سطح اولیه توسعه یک اجتماع، گاه نشان دهنده ناهمگونی یا همگونی آن، منابع در دسترس آن، انزوای جغرافیای، یا کیفیت و انگیزه رهبران آن و نهایتاً کارکنانی است که برای بسیج کردن اجتماع و داوطلبین به کار گرفته شده اند.

■ **بسیج کنندگان (یا تسهیل کنندگان یا ناظرین) اجتماع:** جدای از مواردی که برنامه قرار است از ناحیه ای کوچک آغاز شده و طی زمان بسط یابد، بسیج کننده اجتماع اغلب می تواند از کارکنان از جمله، کارکنان بهداشتی، مروجین و کارکنان بخش کشاورزی و یا هر فرد دیگری که در برنامه به کار گرفته شده است، باشد. صرف نظر از پیش زمینه فرد بسیج کننده، ضروری است که برای آموزش مناسب وی سرمایه گذاری شود. آموزش پیش از هر چیز لازم است بر توسعه و سازماندهی اجتماع، تکنیک های مشارکتی و دینامیسم های گروهی و مدیریت و برنامه ریزی متمرکز باشد. شاید لازم باشد که برخی آموزش های تکنیکی نیز به این شخص ارائه شود، اما جنبه مهمتر آموزش این است که شخص یاد بگیرد که چه زمان و از کجا کمک تکنیکی دریافت کند. یک جز مهم دیگر از برنامه آموزشی می بایست یادگیری نظارت و انگیزه بخشی به داوطلبان اجتماع باشد.

■ **گروه های داوطلب جامعه:** داوطلبین افرادی خواهند بود که توسط جامعه و برای پشتیبانی روزانه از اجرای برنامه ها انتخاب شده اند. تجربه نشان داده است که نمی بایست از یک داوطلب خواست که با بیش از ده خانواده کار کند. داوطلب ممکن است (از طرف متولی اجرای برنامه یا جامعه) حقوقی دریافت نکند، اما برخی از داوطلبین ممکن است از خانواده هایی که با آنها کار می کنند کمک های غیر نقدی دریافت کنند. در خصوص داوطلبین نیز، مانند بسیج کنندگان، آموزش مناسب ضروری است.

■ جنبه های مهم دستیابی به مشارکت عبارتند از انگیزه بخشی و مدیریت خوب کارکنان (منجمله داوطلبین). انگیزه بخشی را می توان با یک سیستم بازخورد منظم، برای کارکنان و جامعه و با توجه نشان دادن به دستاوردها تقویت کرد. یک سیستم نظارت مشارکتی به خودی خود بازخوردی به اجتماع ارائه می دهد، اما به همان اندازه مهم است که بازخوردی به جامعه داده شود که بتواند پیشرفت و کوشش های خود را (مثلاً در مقایسه با سایر جوامع در آن منطقه) بخشی از یک کل ببیند. مدیریت مناسب انگیزه بخشی را شامل می شود، اما علاوه بر آن، توجه به انتظارات افراد نیز لازم است.

یک اشتباه بسیاری از برنامه‌ها این است که وضعیت را ایستا فرض می‌کنند؛ این اجتناب‌ناپذیر است که بسیاری از داوطلبین و بسیج‌کننده‌ها آرزوی رسیدن به پست‌های بالاتر را داشته باشند و لازم است که با ایجاد یک ساختار شغلی مشخص و تدارک وسایلی برای آموزش کارکنان و داوطلبین جدید در صورت لزوم، چنین چیزی در برنامه تعبیه شود. از این رو مهم است که برنامه‌ها از یک انعطاف پذیری مشخص برخوردار باشند.

■ **بهبود تغذیه نیازمند یک رویکرد یکپارچه است.** در شرایطی که دسترسی به غذا آن چنان ناکافی

است که خانواده‌ها نمی‌توانند از توصیه‌های غذایی که به ایشان می‌شود پیروی کنند، آموزش تغذیه بدون فراهم کردن دسترسی فیزیکی و اقتصادی به غذا مؤثر نخواهد بود. همچنین، در شرایطی که به دلیل ابتلا به اسهال یا آلودگی‌های انگلی، با اتلاف شدید مواد مغذی مواجهیم، فراهم آوردن مکمل‌های غذایی اقدامی بدون اثر مطلوب است. به طور سنتی آموزش تغذیه و سایر فعالیت‌های مرتبط با کودکان متوجه مادران بوده است، اما در بسیاری از موارد پدر یا مادر بزرگ خانواده تصمیم گیرنده‌اند. بنابراین سایر اعضای خانواده نیز می‌بایست در فرآیند ایجاد تغییرات رفتاری در نظر گرفته شوند. این مثال‌ها بار دیگر توجه ما را به اهمیت یک چهارچوب مفهومی جلب می‌کنند. تلاش‌هایی که در جهت بهبود وضعیت تغذیه‌ای صورت می‌گیرد می‌بایست هم بر کمیت و هم کیفیت رژیم غذایی از نظر انرژی و پروتئین و همچنین ریزمغذی‌ها تأکید داشته باشد.

■ **تحقیقات تغذیه‌ای فرآیندی مستمر است؛** هر روزه یافته‌های جدیدی منتشر می‌شود. یکی از مشکلات

مشترک بسیاری از برنامه‌های تغذیه‌ای، به خصوص آنهایی که سال‌ها پیش آغاز شده‌اند، این است که از نظر بنیان‌ها و رویکردهای علمی به روز نیستند. به عنوان مثال ترویج تولید و مصرف سبزیجات برگ‌دار سبزرنگ برای بهره‌مندی از یک رژیم غذایی متنوع، کاملاً موجه است، اما اگر به عنوان یک استراتژی برای پیشگیری و کنترل کمبود ویتامین آ یا آهن، در شیرخواران در نظر گرفته شود، مؤثر نخواهد بود زیرا مصرف سبزی‌های برگ‌دار به عنوان منابع این ریزمغذی‌ها از طریق رژیم غذایی شیرخوار معمولاً میسر نیست. یکی از نقش‌های کلیدی مدیریت ارشد برنامه این است که از جنبه یافته‌های علمی به روز باشد، این یافته‌ها را در مواقع لزوم به جرح و تعدیل‌هایی در استراتژی برنامه هدایت کند و کارکنان برنامه را از آنها مطلع نگه دارد تا آنها نیز بتوانند بهترین مشاوره‌ها را به جامعه

- ارائه کنند. این تأکید دیگری بر اهمیت وجود انعطاف‌پذیری در برنامه است.
- **ارزیابی روند وضعیت تغذیه جامعه:** اگریافته‌های تحقیقات اخیر صحیح باشد، و کوتاهی قد و کم‌وزنی علل متفاوتی از یکدیگر داشته باشند، در آن صورت لازم است که برنامه‌ها برای هر دو این شرایط سیستم‌های ارزیابی داشته باشند، تا به این ترتیب بتوان از هدف‌گیری‌ها و استراتژی‌های مناسب بهره برد. برنامه مکزی که مسأله عمده وضعیت تغذیه‌ای در مکزی را (همچون بسیاری دیگر از کشورهای آمریکای لاتین) کوتاه قدی می‌داند، به درستی از روند رشد قدی کودکان و نوجوانان برای ارزیابی اثربخشی برنامه‌ها بروضعیت تغذیه‌ای جامعه استفاده می‌کند. یک نقش دیگر مدیریت ارشد برنامه این است که داده‌های حاصل از سیستم ارزیابی را تفسیر کرده و در صورتی که داده‌ها به وضوح غیرواقعی بودند تشخیص دهد که در کجاها خطا رخ داده است. این کار را نمی‌توان به یک کارشناس آمار واگذار کرد. زیرا وی توانایی این که تشخیص دهد چه زمان یافته‌ای به لحاظ بیولوژیک یا اپیدمیک غیرممکن یا نامحتمل است را ندارد.
- **برآورده ساختن نیازهای منابع:** یک برنامه تغذیه‌ای موفق جامعه - محور نیازمند منابع بسنده انسانی، فیزیکی و مالی است. همان طور که صراحتاً یا تلویحاً در بسیاری از قسمت‌های این گزارش عنوان شد، منابع انسانی با صلاحیت و خوب آموزش دیده در تمامی سطوح ضروری می‌باشند. چنان که در کشوری چنین منابعی وجود نداشت، لازم است از طریق ظرفیت‌سازی و تحصیل، چنین منابعی خلق گردد. در صورتی که لازم بود کارکنان بین‌المللی به کار گرفته شوند، می‌بایست آن را راه حلی کوتاه مدت تلقی کرد و می‌بایست به فکر استراتژی روشنی برای جایگزین کردن آنها در اسرع وقت با اشخاصی از اتباع همان کشور بود. این مستلزم ترکیبی است از آموزش رسمی (تحت همان برنامه یا در مؤسسات آموزشی ملی یا منطقه‌ای) و آموزش حین کار. به واقع آموزش حین کار و همچنین فرآیندی روشن برای واگذاری کارها، می‌بایست بخشی از وظایف شغلی تمامی کارکنان بین‌المللی باشد. عموماً در برنامه‌های تغذیه‌ای تقاضا برای منابع فیزیکی چندان زیاد نیست و می‌توان با سهمی شدن در منابع سایر بخش‌ها (سلامت، کشاورزی) آن را برآورده کرد. منابع مالی، برای کشورهای فقیر یک محدودیت عمده است و بیشتر اوقات جز روی آوردن به اعانات خارجی به دلیلی برای آن وجود ندارد. در صورتی که چنین باشد، لازم است که یک برنامه زمان‌بندی متقابلاً قابل قبول نیز برای واگذاری مسئولیت مالی وجود داشته باشد، و اهداف و چهارچوب‌های زمانی نیز در آن

قید شده باشد. شرکت، منجمله شراکت با شرکای نامتعارف نظیر بخش خصوصی، می تواند به برآورده ساختن نیازی که به منابع وجود دارد (از هر نوع)، به میزان قابل ملاحظه ای کمک کند. این یاری رسانی ها می تواند تسهیلات فیزیکی، منابع انسانی و مالی و نیز برنامه های آموزشی را شامل شود.

■ **چهارچوب های زمانی:** واجب است که اهداف و مقاصد وضع گردد و برای دستیابی به این ها نیز قالب زمانی وضع گردد و برای انطباق با تغییراتی که در شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی رخ می دهد و نیز انطباق با نمایه تغییر یابنده تغذیه، به انعطاف پذیری نیاز است. اساساً لازم است که به برنامه تغذیه ای ملی به چشم جزیی از کل استراتژی توسعه ای یک کشور نگاه شود، درست همان گونه که به سلامت، آموزش و کشاورزی توجه می شود. یکی از ۹ مقوله کنفرانس بین المللی تغذیه در سال ۱۹۹۲ عبارت بود از «ادغام مقاصد، ملاحظات و عناصر تغذیه ای در خط مشی ها و برنامه های توسعه ای» و دستیابی به چنین چیزی آسان خواهد بود اگر بهبود وضعیت تغذیه را یکی از خروجی های کلیدی طرح های توسعه ای در نظر بگیریم. برنامه همچنین باید آمادگی آن را داشته باشد که هم زمان با پیشرفت تمرکززدایی با تغییرات انطباق یابد، متوجه نتایج اداری ضمنی این فرآیند و نیز متوجه نیازی که به فراهم آوردن تخصص مناسب تغذیه ای در سطوح ملی، میانی و محلی وجود دارد باشد. اهداف می بایست واقع بینانه باشند و کمیت و ماهیت مسأله تغذیه، وضعیت کنونی توسعه و سازمان یابی اجتماع، سطوح باسوادی، در دسترس بودن منابع و اقتصاد ملی را مدنظر داشته باشند. جهت گیری ها و تبعیض های جنسی، فرهنگ و تنوع جغرافیایی و قومی نیز عوامل مهمی هستند که می بایست به هنگام وضع اهداف مد نظر قرار گیرند.

■ آینده برنامه ریزی تغذیه ای چالش های خاص خود را خواهد داشت، که برخی از آنها خارج از کنترل تغذیه شناسان و برنامه های آنها هستند، اما همه آنها مستلزم انعطاف پذیری در رویکرد و خواست و توانایی پذیرش موقعیت های جدید، تکنولوژی های ابداعی و تغییراتی است که در ساختارهای اداری و نهادی رخ می دهد. این چالش ها عبارتند از:

۱. **تغییر و یا گذر تغذیه ای:** برخی از کشورها تغییر را در مشکلات تغذیه ای تجربه می کنند یا تجربه کرده اند. مشکل غذای ناکافی عموماً کاهش یافته، اما با کاهش یافتن آن شاهد افزایش اضافه وزن و چاقی و اختلالات مرتبط با آن بوده ایم. بسیاری از کشورهای در حال توسعه هم اکنون بار این بیماری و مسائل تغذیه ای مرتبط با آن را همزمان بردوش دارند. غالب شدن بیماری های غیر واگیر نظیر

اختلالات قلبی و عروقی و سرطان‌ها و مرگ و میر ناشی از آنها، افزایش سریعی داشته است. غلبه بیماری‌های عفونی کاهش یافته است اما بسیاری از کشورها با چالش ایدز و اغلب نیز در ابعادی اپیدمیک درگیرند.

۲. **برآورده ساختن نیازهای سالمندان:** با افزایش امید به زندگی، شاهد افزایشی در نسبت جمعیت کهنسالان نیز بوده‌ایم. بسیاری از کشورها آمادگی مواجه با این موضوع را ندارند و تنها معدودی از آنها نیاز به تغییر در برنامه‌های سلامت و تغذیه را، که عمدتاً هنوز متوجه نوزادان، کودکان و زنان باردار است، مدنظر قرار داده‌اند. مطالعات اخیر شیوع سوءتغذیه را به میزان ۳۵ درصد در سالمندان فقیر شهری در هند و نیز نواحی روستایی مالزی نشان داده است. برنامه‌های تأمین اجتماعی اکثراً نابسندۀ اند و پشتیبانی که به طور سنتی در خانواده‌های بزرگ وجود داشت با سرگرفتن مهاجرت‌ها، اپیدمی ایدز و گرایشی که به خانواده کم جمعیت‌تر به وجود آمده به طرز قابل ملاحظه‌ای رو به افول است.

۳. **شهری شدن:** بیشتر برنامه‌هایی که در این گزارش مورد بررسی قرار گرفتند (به استثنای برنامه‌های برزیل و مکزیک) به مسائل جوامع روستایی پرداخته‌اند. تمامی مناطق جهان، به طرز روزافزونی، با شهری‌سازی عظیم و پیچیدگی مسائلی که این شهری‌سازی با خود به همراه دارد مواجه گشته‌اند. نیاز فوری به ایجاد استراتژی‌های مؤثر برای اجتماعات شهری وجود دارد.

۴. **تمرکززدایی:** اکثر کشورها یک فرآیند جدی تمرکززدایی را آغاز کرده‌اند و لازم است که برنامه‌های تغذیه‌ای خود را با ساختارهای اداری جدید وفق دهند. در برخی موارد، تمرکززدایی بیشتر از یک تغییر ظاهر صرف است و این به خودی خود مسائلی را پیش می‌آورد به خصوص در ارتباط با دسترس‌پذیری (و مهارت) تأمین مالی در سطح محلی. تمرکززدایی از بسیاری طرق به یک رویکرد عمومی کمک رسانده و از آن پشتیبانی می‌کند و به این ترتیب دستیابی به مشارکت اجتماع آسان‌تر خواهد شد. اما مشکلاتی را نیز به وجود می‌آورد، به خصوص این که در سطحی که تصمیمات می‌بایست اتخاذ گردند دسترسی به تخصص مناسب تغذیه و سایر تخصص‌ها وجود ندارد.

۵. **پیشرفت‌های علمی و تکنولوژی‌های جدید:** در تاریخ علم، علم تغذیه کودکی بیش نیست. هنوز خیلی چیزها برای فهم و کشف باقی مانده است و هر روز پیشرفت‌های جدیدی حاصل می‌شود. چالشی که پیش روی یک برنامه‌ریز تغذیه است این است که گام به گام با این پیشرفت‌ها همراه باشد،

توانایی ارزیابی اعتبار علمی آنها را داشته باشد و مطابق با آن جرح و تعدیل هایی در برنامه اعمال کند. در حوزه کشاورزی تکنولوژی های جدیدی ابداع شده است، برخی نظیر روش کیوسونگوال جنبه محلی دارند، اما بسیاری، نظیر غذاهای دستکاری شده به لحاظ ژنتیک، سرمایه گذاری های مالی جدی توسط شرکت های قدرتمند بین المللی در خصوص تحقیقات مربوط به آنها و توسعه و ترویج شان صورت گرفته است. اینها احتمالاً نتایج ضمنی عظیمی برای دسترسی به امنیت غذا و تغذیه خواهند داشت.

۶. مشارکت بخش خصوصی: به طرز روزافزون گرایشی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته در حال شکل گیری است، مبنی بر این که آن چه که پیشتر بخشی از حوزه دولتی بشمار می آمد به بخش خصوصی واگذار گردد. بسیاری از جنبه های مراقبت از سلامت به شرکت های خصوصی واگذار شده اند و عرضه رایگان مراقبت پزشکی به پرداخت شخصی و بیمه های پزشکی خصوصی تغییر کرده است. سازمان های مردم نهاد نیز به تدریج خصوصیات کسب و کارهای کوچک را به خود می گیرند و از شکل و شمایل خیریه ای خارج می شوند. مطالعات موردی ما نشان داده اند که برنامه های تغذیه ای ملی نیز از این فرآیند مصون نیستند. همگی آنها با سازمان های مردم نهاد و بخش خصوصی نیز مشارکت دارند. همچنان که دانشگاه ها و مؤسسات تحقیقاتی نیز انحصار سنتی را کنار گذاشته و به حوزه توسعه پا می گذارند مشارکت آکادمیک نیز به طرز روزافزونی پا می گیرند. سوء تغذیه مانعی بر سر توسعه است و حضور آن نشان می دهد که نیازهای پایه ای زیست شناختی برآورده نشده اند. آنچه به عنوان سوء تغذیه شناخته می شود نه فقط نتیجه غذای ناکافی یا نامناسب بلکه پیامد شرایط دیگری نیز هست، نظیر ضعف در تأمین آب و سیستم فاضلاب و وفور بیماری ها. به همین جهت، معکوس کردن این فرآیند کاری پیچیده است چرا که لازم است که به بسیاری از موضوعات به طور همزمان پرداخته شود و هر موقعیتی نیز متفاوت است، بنابراین هیچ راه حل یکسانی وجود ندارد. تنها چیزی که در دسترس ماست راهبردهایی کلی است که جهت حرکت را نشان می دهد. تجربیات و درس هایی که آموخته ایم نشان می دهند که برای جبران و ترمیم یک موقعیت به زمان قابل ملاحظه ای مثلاً ۱۰ سال و بیشتر نیاز است و در تمام طول این دوران کسب تعهد و حمایت سیاسی حائز اهمیت است. برای این مسأله هیچ راه حل سریعی وجود ندارد. اما زمانی که به اهداف دست می یابیم، اثربخشی ها به احتمال زیاد ماندگار خواهند بود و سرمایه گذاری

که انجام شده است عایدی قابل ملاحظه‌ای خواهد داشت.

۷. سازمان جهانی بهداشت در گزارش سال ۲۰۰۳ خود با عنوان تغذیه، رژیم غذایی و پیشگیری از بیماری‌های مزمن نکات کلیدی زیر را تأکید کرده است:

الف) به هنگام ایجاد استراتژی‌های ملی جهت کاهش بار بیماری‌های مزمن مرتبط با رژیم غذایی و عدم فعالیت فیزیکی، اصول زیر در اتخاذ استراتژی‌ها باید مدنظر قرار گیرند:

- استراتژی‌ها می‌بایست جامع باشند و از چشم‌اندازی چندبخشی به تمامی خطرات عمده مرتبط با رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی و مصرف دخانیات که به مجموع بیماری‌های غیرواگیر ربط پیدا می‌کنند بپردازند.
- هر کشوری باید ترکیب بهینه اقدامات را متناسب با ظرفیت‌های ملی، قوانین و واقعیت‌های اقتصادی خود گزینش کند.
- دولت‌ها یک نقش پیش‌برنده مرکزی در ایجاد استراتژی‌ها، تضمین عملی شدن اقدامات و نظارت بر تأثیر بلندمدت آنها دارند.
- وزارت بهداشت نقش حیاتی در گرد هم آوردن سایر سازمان‌های رفاه و توسعه اجتماعی برای طراحی و استقرار مؤثر استراتژی مورد نیاز، دارند.
- لازم است دولت‌ها برای دستیابی به هدف توسعه پایدار با بخش خصوصی، نهادهای حرفه‌ای سلامت، گروه‌های مصرف‌کنندگان، دانشگاهیان، اجتماعات تحقیقاتی و سایر نهادهای غیردولتی همکاری داشته باشند.
- یک چشم‌انداز بلندمدت در خصوص جلوگیری و مهار بیماری‌های مزمن اهمیت اساسی دارد. چنین چشم‌اندازی از سلامت مادر و فرزند و عملکردهای تغذیه و مراقبت آغاز شده و تا مدرسه و محیط‌های کاری، دسترسی به سلامت پیشگیرانه و مراقبت اولیه و همچنین مراقبت جامعه-محور در خصوص افراد مسن و معلول تداوم می‌یابد.
- استراتژی‌ها باید متوجه برابری باشند و نابرابری‌ها را محو سازند و بر نیازهای فقیرترین جوامع و گروه‌های جمعیتی تمرکز کنند. این موضوع مستلزم آن است که دولت قویاً نقش ایفا کند. به علاوه، از آن جا که عموماً زنان در خصوص تغذیه خانوار تصمیم می‌گیرند لازم است که استراتژی‌ها به

جنسیت توجه داشته باشند.

■ کشورها، در اقداماتی که به تنهایی برای ترویج رژیم‌های غذایی بهینه و زندگی سالم انجام می‌دهند محدودیت‌هایی دارند. لازم است که استراتژی‌ها به میزان قابل ملاحظه‌ای از «استانداردهای بین‌المللی» موجود جهت فراهم آوردن مرجعی در تجارت بین‌الملل خط بگیرند. ممکن است کشورهای عضو علاقه‌مند باشند که استانداردهایی برای پرداختن به مسائلی نظیر بازاریابی مواد غذایی ناسالم در میان کودکان جهان اضافه گردد (به خصوص مواد غذایی که مقادیر فراوانی انرژی، چربی نمک و شکر دارند اما به لحاظ مواد مغذی اساسی فقیر هستند). همچنین ممکن است کشورها علاقه‌مند باشند که وسایلی جهت تضمین دسترسی انتخاب‌های سالم‌تر (نظیر میوه‌ها و سبزیجات) برای تمامی گروه‌های اجتماعی-اقتصادی در نظر گرفته شود. نقش رهبری بین‌المللی WHO در پیش بردن دستور کار رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی و سلامت حیاتی است. FAO نیز نقش مهمی در این فرآیند دارد چرا که با موضوعات مرتبط با تولید، تجارت، بازاریابی غذا و محصولات کشاورزی سروکار دارد و راهبردهایی فراهم می‌آورد که ایمنی غذا و امنیت تغذیه‌ای و محصولات غذایی را تضمین می‌کند.

ب) پیش‌نیازهای استقرار استراتژی‌های محلی و ملی مؤثر رهبری، ارتباطات مؤثر، برقراری ائتلاف‌ها و یک محیط توانمندساز است.

- برای عملی ساختن تغییرات درازمدت، رهبری ضرورت دارد. در محدوده‌های ملی، مسئولیت عمده فراهم آوردن این رهبری با دولت‌هاست. در برخی موارد ممکن است که پیش از اقدام دولت، رهبری با سازمان‌های جامعه مدنی آغاز گردد.
- تغییرات آنها با ارتباطات مؤثر می‌توان آغاز کرد. نقش اصلی ارتباطات مربوط به سلامت این است که میان متخصصین، سیاست‌گذاران و عموم پلی بزند. یک ارتباط مؤثر از ظرفیت آن برای آگاهی بخشی، ارتقای شناخت و القای تغییرات بلندمدت در رفتارهای فردی و اجتماعی می‌توان شناخت و در این موضوع خاص، استفاده از رژیم‌های غذایی سالم، فعالیت فیزیکی و یک برنامه برای ارتباطات مؤثر در زمینه سلامت در پی آن است که در تمامی مراحل تدوین و استقرار خط مشی از فرصت‌ها بهره برده و تأثیر مثبتی بر سلامت عمومی بگذارد. ارتباطات پایدار و ارتباطاتی که به خوبی هدف‌گذاری شده باشند مصرف‌کننده‌ها را قادر می‌سازد تا بهتر مطلع شده و انتخاب‌های سالم‌تری داشته باشند.

■ **برقراری ائتلاف و جلب مشارکت:** در صورتی که تمامی گروه‌ها ائتلاف‌هایی تشکیل دهند می‌توان به تغییر سرعت بخشید. ایده‌آل آن است که گروه‌هایی که در زمینه بهبود تغذیه و فعالیت فیزیکی فعالیت می‌کنند، با هم ائتلاف نمایند. این احتمال زیاد است که ائتلاف‌ها از اجتماعات به سطوح ملی و منطقه‌ای بسط یابد و تحت نهادهای مختلف عمومی، خصوصی و داوطلبانه کانون‌هایی رسمی را شکل دهد. درگیر شدن انجمن‌های مصرف‌کنندگان نیز برای تسهیل در امر سلامت و آموزش تغذیه مهم است. از سازمان‌های بین‌المللی که وظایفی در رابطه با تغذیه بر عهده دارند، نظیر WHO و FAO انتظار می‌رود که مشوق هدایت اطلاعات قابل اعتماد در خلال این شبکه باشند. ائتلاف‌هایی که با سایر اعضای خانواده سازمان ملل متحد صورت می‌گیرند، به عنوان مثال، ائتلاف با صندوق کودکان ملل متحد Unicef در امور مربوط به تغذیه مادر-کودک و رویکردهای دوران زندگی در مورد سلامت نیز مهم هستند. صنعت بخش خصوصی که در امور تولید غذا، بسته‌بندی، تدارکات، خرده‌فروشی و بازاریابی ذینفع است و سایر نهادهای خصوصی که به امور مربوط به سبک زندگی، ورزش‌ها، توریسم، تفریحات و بیمه سلامت و عمر مشغول‌اند، در این میان نقش کلیدی دارند. گاهی بهتر است به عوض کار با صنایع منفرد که علاقه‌مند هستند در ازای سرمایه‌گذاریشان عایدی داشته باشند، با گروه‌هایی از صنایع کار انجام شود.

■ **توانمندسازی محیط‌ها:** در صورتی که محیط کلان و محیط خردی که انتخاب‌ها تحت آنها صورت می‌گیرند پشتیبان تصمیم‌های مفید و ثمربخش باشند، تسهیل تغییر انفرادی محتمل‌تر خواهد بود. سیستم‌های غذایی، الگوهای بازاریابی و سبک‌های زندگی شخصی می‌بایست به طریقی تحول یابند که زندگی سالم‌تر و انتخاب غذاهایی را که بیشترین مزایا را برای سلامتی شخص دارند برای افراد آسان‌تر سازد. یک محیط توانمندساز، چهارچوب ارجاعی وسیعی می‌باشد و از محیط مدرسه، محل کار و اجتماع تا خط مشی‌های حمل و نقل، خط مشی‌های طراحی شهری و دسترسی به یک رژیم غذایی سالم را دربر می‌گیرد. علاوه بر این، چنین محیطی نیازمند آن است که پیش از آن خط مشی‌های پشتیبان قضایی، مقرراتی و مالی مستقر شده باشند. در صورتی که زمینه‌های توانمندساز وجود نداشته باشد، احتمال تغییر به حداقل می‌رسد. ایده‌آل آن است که محیطی داشته باشیم که نه تنها زندگی سالم را تبلیغ کند بلکه از آن پشتیبانی کرده و مدافعش باشد، و فرضاً پیاده‌روی تا محل کار، خرید سبزیجات و میوه‌های تازه و غذا خوردن و کار کردن در محیطی عاری از دود سیگار

را امکان پذیر سازد.

■ سایرپیش نیازها به شرح زیر است:

- حمایت از قابلیت دسترسی و انتخاب غذاهای مغذی (میوه ها، سبزیجات، غلات، گوشت کم چربی و محصولات لبنی کم چربی).
- ارزیابی روندهای تغییر الگوهای مصرف و پیامدهای ضمنی آنها اقتصاد غذا (کشاورزی، احشام، شیلات و باغبانی).
- تا به حال بیشتر اطلاعات مربوط به مصرف غذا از داده های ترانزنامه ملی غذا کسب شده است. به جهت فهم بهتر رابطه میان الگوهای مصرف غذا، رژیم های غذایی و ظهور بیماری های غیرواگیر، ضروری است که با انجام بررسی های مصرف غذایی اطلاعاتی درخصوص الگوهای واقعی مصرف غذا و روند تغییرات آن به دست آید.
- توانایی بخشیدن به افراد جهت انجام انتخاب های آگاهانه و اقدامات مؤثر از طریق برچسب گذاری و همچنین استفاده بهینه از استانداردها و قانون گذاری؛
- تضمین این که اجزای تشکیل دهنده «رژیم غذایی سالم» در دسترس همگان است: در مورد غذاهایی که خارج از منزل (یعنی در رستوران ها و اغذیه فروشی ها) تهیه می شود، اطلاعات مربوط به کیفیت غذایی آنها می بایست به شیوه ای ساده در اختیار مشتریان قرار گیرد تا آنها بتوانند غذاهای سالم تر را انتخاب کنند. به عنوان مثال، مشتریان باید قادر باشند نه تنها از میزان چربی یا روغن غذا، بلکه از زیاد و کم بودن چربی های اشباع و اسیدهای چرب غیر اشباع نیز باید اطمینان حاصل کنند.

- حصول به موفقیت از طریق اقدامات بین بخشی استفاده بهینه از خدمات سلامت و متخصصینی که این خدمات را ارائه می دهند از جمله دوره های آموزشی

۸. براساس مقاله منتشر شده در مجله علمی تغذیه جهانی با عنوان فراز و نشیب پارادایم های غذا و تغذیه در جهان رویکرد و پارادایم امروز این است که

پارادایم روز در غذا و تغذیه: حق انسان

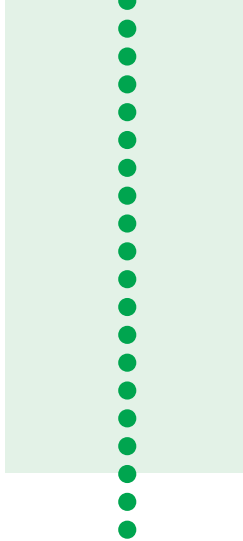
□ به طور سنتی تغذیه با مسائلی نظیر کمبود مواد مغذی نظیر انرژی و پروتئین، ویتامین ها و مواد معدنی ارتباط دارد.

پارادایم	دوره زمانی
سوء تغذیه پروتئین	۱۹۵۰ تا ۱۹۷۴
برنامه ریزی چند بخشی برای غذا و تغذیه	۱۹۷۴ تا ۱۹۸۰
تدوین سیاست های کشوری تغذیه	۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰
تغذیه در جامعه	۱۹۸۵ تا ۱۹۹۵
سوء تغذیه ریز مغذی ها	۱۹۹۵ تا ۲۰۰۵
سرمایه گذاری بر تغذیه	۲۰۰۵ تاکنون
رویکرد حقوق انسانی به تغذیه	۲۰۰۵ تاکنون

غذا و تغذیه مناسب حق انسانی است. در این مقاله رویکردهای مختلف سازمان‌های بین‌المللی و کشورهای جهان از سال ۱۹۵۰ تاکنون مورد بررسی قرار گرفته است و این نکته را متذکر می‌شود که هنوز خیلی از کشورها به موضوع غذا و تغذیه مناسب به عنوان یک حق نمی‌نگرند و همچنان در پارادیم‌های قبلی تأکید دارند.

۹. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ راهنمای همکاری بین‌بخشی برای تدوین و اجرای سیاست‌های غذا و تغذیه را منتشر ساخت براساس این گزارش عوامل مؤثر بر تغذیه مردم از سیاست تا مصرف به شرح نمودار زیر است:





فصل دوم: روش



این پروژه در طول نه ماه در سال ۱۳۹۱ با روش تدوین سند سیاست به اجرا درآمده است و مراحل مندرج در صفحه بعد را طی کرده است. مطالعه توصیفی و تحلیلی بوده و در مجموع از سه روش زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است، لازم به توضیح است که تعریف به کار گرفته شده در این سند «امنیت تغذیه‌ای» بوده است و سعی شده است این تعریف در هر سه بخش سند ملحوظ شود:

مرور کلیه داده‌های ثانوی منتشر شده در ارتباط با تغذیه و امنیت غذایی برای توصیف وضعیت فعلی و روند آن در یک دهه گذشته؛ براساس این مرور شاخص‌های تغذیه و امنیت غذایی در سطوح زنجیره نتایج شامل اثر، پیامد، برون‌ده، فرآیند و درون‌داد استخراج و در نیم‌رخ یا تصویر تغذیه و امنیت غذایی خلاصه شده است.

۱. مرور برنامه‌های تغذیه و ایمنی غذایی کشور (تا حدی برنامه‌های تامین پایدار غذا) و تحلیل آنها: از طریق مصاحبه با مدیرکل دفتر و کارشناسان دفتر بهبود تغذیه کلیه اسناد و برنامه‌هایی که در حال اجرا یا آزمایش بوده‌اند جمع‌آوری، مطالعه و تحلیل شد. این مستندات شامل گزارش‌های سالانه دفتر، گزارش پایش و ارزشیابی برنامه‌ها، اسناد بالادستی مرتبط به تغذیه و امنیت غذایی، مستندات طرح‌های راهبردی قبلی و مستند برنامه‌های موجود و گزارش‌های تحقیقاتی و آمارهای جمع‌آوری شده بود. برای دسترسی به اسناد و گزارش‌های ارزشیابی سایر دستگاه‌ها از طریق مرکز پژوهش‌های مجلس اقدام شد و با ایجاد مشارکت و تعامل و توجیه معاون مربوطه در مرکز این گزارش‌ها مرور و در بخش شناخت آورده شد. فهرست این گزارش‌ها در پایان این گزارش آمده است.

۲. گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، بانک جهانی، برنامه‌های تغذیه و امنیت غذایی قاره اروپا و آفریقا، سازمان بین‌المللی غذا و مطالب مندرج در رفرانس‌ها انتخاب، مطالعه و تلخیص شد تا به عنوان راهنمایی برای تدوین مدل مفهومی، فهرست شاخص‌ها، تحلیل وضعیت، راهکارها و رویکردهای جدید در طراحی مداخلات و استقرار برنامه به کار گرفته شود.

۳. براساس داده‌های به دست آمده از روش‌های قبلی وضعیت «نظام مدیریت تغذیه و امنیت غذایی» در دو محیط درونی و بیرونی با مؤلفه‌های زیر تحلیل شد:

الف) محیط درونی شامل سه مؤلفه زیر:

- تولید تغذیه و امنیت غذایی: شامل وجود برنامه، هماهنگی درون‌بخشی، جلب حمایت، نظارت

و مقررات، قوانین مرتبط، همکاری بین بخشی و مشارکت مردم

- منابع شامل وضعیت تأمین مالی، نیروی انسانی، اطلاعات مرتبط به تغذیه و امنیت غذایی
- خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری، درمان و بازتوانی

ب) محیط بیرونی در دو بخش محیط نزدیک و دور، که در محیط نزدیک وضعیت مشارکت و نگرش ذینفعان و در محیط دور وضعیت عوامل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فناوری، بین المللی و محیط زیست محور تحلیل قرار گرفت و پیش نویس آماده شد.

با استفاده از داده های جمع آوری شده از روش های پیش گفت پیش نویسی در سه بخش شامل وضع موجود (شاخص های تغذیه و امنیت غذایی، روند آنها، قوت و ضعف های نظام مدیریت تغذیه و امنیت غذایی کشور و تحلیل برنامه های موجود)، علل و عوامل مؤثر بر وضعیت فعلی تغذیه و امنیت غذایی و مداخلات در سه سطح تأمین پایدار غذا، ایمنی غذایی و تغذیه تهیه گردید.

با تحلیل ذینفعان کشوری گروهی متشکل از خبرگان و ذینفعان به عنوان کمیته راهبری تشکیل شد. در تحلیل ذینفعان و انتخاب آنها با اینکه دو معیار وظیفه قانونی و میزان تاثیر ذینفع در ارتقای وضعیت تغذیه و امنیت غذایی مطرح بوده است اما در مجموع به سه گروه دستگاه های حاکمیتی، مسئول اصلی و پشتیبان تقسیم شدند و کمیته راهبری بیشتر از دستگاه های مسئول اصلی شکل گرفته و احکام عضویت از طرف معاون بهداشت وزیر صادر شد. طی سه جلسه بحث گروهی متمرکز وضع موجود، علل مؤثر در وضعیت فعلی، نکات تمرکز اصلی و مداخلات و شیوه استقرار بررسی و نهایی شد. همزمان به منظور دریافت نظرات دانشگاه ها برای تکمیل راهبردها، کارشناسان مسئول تغذیه دانشگاه ها طی نشست کشوری یک روزه پس از توجیه در مورد ضرورت تدوین سند پیش نویس نظرات خود را در قالب بحث گروهی متمرکز ارائه کردند. پس از تدوین پیش نویس از کلیه اعضای کمیته راهبری و معاونت های وزارت بهداشت نظرخواهی شد. مجموع نظرات تک تک افراد به صورت کاربرگی در انتهای همین گزارش آمده است. در مجموع تدوین، تصویب و استقرار اولیه سند ملی تغذیه و امنیت غذایی این مراحل را طی کرده است:

مرحله اول: تدوین سند

بخش اول: گزارش شناخت

- بررسی متون علمی مرتبط به سند تغذیه و امنیت غذایی و استخراج مهمترین تجربیات مرتبط
- تحلیل ذینفعان و تشکیل کمیته راهبری با حضور افراد حقیقی و حقوقی در اولویت

- تعیین مدل مفهومی تغذیه و امنیت غذایی و شاخص‌های تغذیه و امنیت غذایی
- جمع‌آوری داده‌های ثانوی و تحلیل شاخص‌ها در قالب جدول داشبورد وضعیت تغذیه و امنیت غذایی
- برگزاری جلسه کمیته راهبری و استخراج وضعیت موجود از دیدگاه اعضا
- مطالعه تحقیقات و اسناد ملی موجود و اسناد بالادستی موجود در حوزه تغذیه و امنیت غذایی
- تحلیل نظام مدیریت تغذیه و امنیت غذایی با روش SWOT
- تحلیل برنامه‌های موجود تغذیه و ایمنی غذایی
- تدوین خلاصه بخش شناخت و جدول نقاط تمرکز براساس مدل مفهومی

بخش دوم: گزارش جهت‌گیری

- تدوین پیش‌نویس دورنما براساس چالش‌های استخراج شده در بخش شناخت
- تدوین اهداف راهبردی برای دو مقطع ۱۳۹۴ و ۱۳۹۹ براساس ترسیم زنجیره نتایج شاخص‌های تغذیه و امنیت غذایی
- طراحی مداخلات سه‌گانه در حوزه تأمین پایدار غذا، ایمنی غذایی و تغذیه با استفاده از نظرات اعضای کمیته راهبری و مرور متون مرتبط در بخش اول و تحلیل‌های تیم پروژه
- نظرخواهی از اعضای کمیته راهبری و اعمال نظرات آنها

بخش سوم:

- تهیه جدول گانت استقرار برنامه و دستیابی به اهداف راهبردی
 - تهیه آیین‌نامه اجرایی برای استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی با پیوست‌های زیر:
۱. تقسیم کار درون بخشی
 ۲. تقسیم کار برون بخشی
 ۳. تکالیف و انتظارات از مردم
 ۴. تکالیف و انتظارات از صنایع غذایی
 ۵. تفاهم‌نامه دستگاه‌ها و بخش‌های اصلی مسئول در زنجیره تغذیه و امنیت غذایی
 ۶. پروتکل تدوین برنامه عملیاتی استان‌ها و تفاهم‌نامه دفتر بهبود تغذیه جامعه با معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
 ۷. راهنمای تدوین برنامه عملیاتی برای استان‌های ناامن غذایی

۸. داشبورد عملیات ستادی (ویژه دفتر بهبود تغذیه جامعه)
۹. دریافت نظرات اعضای کمیته راهبری و اعمال آنها در ویرایش نهایی

مرحله دوم: جلب حمایت برای تصویب

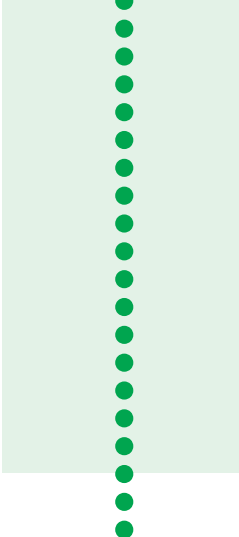
۱. تحلیل ذینفعان برای تعیین افراد کلیدی برای تصمیم‌گیری
۲. برگزاری جلسه با معاون بهداشت به منظور توجیه و جلب حمایت
۳. ابلاغ اولیه پروتکل تدوین برنامه عملیاتی و پیش‌نویس سند توسط معاون بهداشت وزیر
۴. برقراری جلسه توجیهی با وزیر بهداشت سابق (شورای سیاست‌گذاری) و سرپرست جدید وزارت بهداشت و جلب حمایت آنها برای ابلاغ و در دستور کار قرار دادن موضوع تصویب سند در شورای عالی سلامت امنیت غذایی کشور
۵. تهیه نامه ابلاغ درون‌بخشی سند و برقراری جلسه توجیهی با رئیس دفتر وزیر بهداشت جهت امضای نامه ابلاغ به دانشگاه‌ها
۶. تهیه نامه ابلاغ برون‌بخشی سند و پیشنهاد برگزاری همایش رونمایی سند ملی تغذیه و امنیت غذایی برای انعقاد تفاهم‌نامه بین‌بخشی
۷. مذاکره با اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در مورد مقدمه‌چینی برای قانون‌گذاری در مورد تغذیه

مرحله سوم: بسترسازی برای استقرار اولیه

- کارشناسان توجیه و توانمند شده در زمینه سند ملی تدوین شده و شیوه استقرار
- جلسه حمایت‌طلبی با ذینفعان هفت استان ناامن در زمینه غذا و ارائه راه کارهای برون رفت از وضعیت ناامنی غذا و تغذیه و ارائه راهنمای مربوطه
- تدوین برنامه عملیاتی حوزه ستادی در سال ۱۳۹۲ با کارشناسان دفتر بهبود تغذیه جامعه
- ابلاغ ۴۹ تفاهم‌نامه با ۴۹ دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی در ۳۱ استان برای شروع کار در ۱۳۹۲
- تعیین اعضای کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی (ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور) و احکام انتصاب آنها
- اطلاع‌رسانی رسانه‌ای از تدوین و تصویب و مقدمات استقرار

فرآیند تدوین سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور (۱۳۹۹-۱۳۹۱)





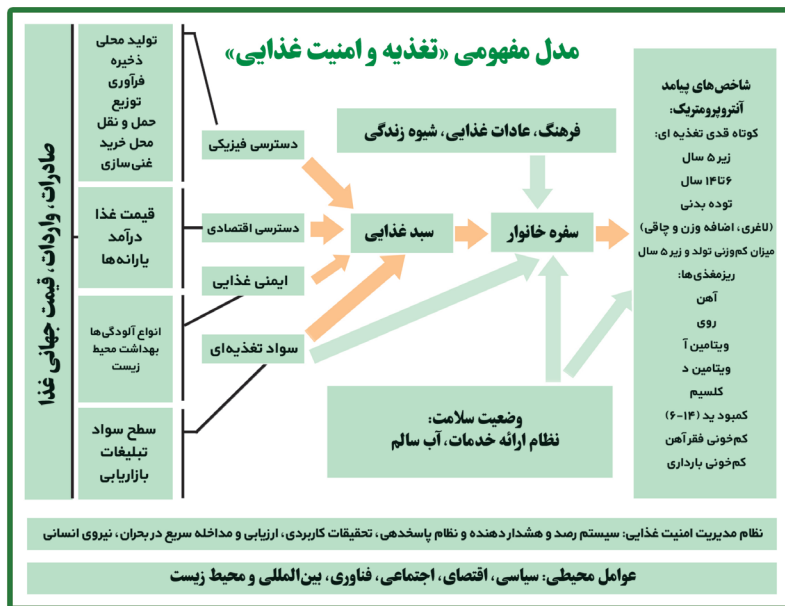
فصل سوم: نتایج



بخش اول، شناخت وضعیت تغذیه و امنیت غذایی کشور

تصویر وضعیت تغذیه و امنیت غذایی کشور از منظر شاخص‌ها چگونه است؟

برای ترسیم نیم‌رخ وضعیت تغذیه و امنیت غذایی لازم است از الگوی مفهومی معینی استفاده شده و شاخص‌ها تعریف شوند، الگوی مفهومی زیریکی از آنهاست که براساس نظرات کارشناسان خبره و به استناد شواهد علمی در داخل کشور تدوین شده است و مبنای استخراج شاخص‌های مرتبط می‌باشد. در این الگو که به منظور نشان دادن عوامل مؤثر بر وضعیت تغذیه و امنیت غذایی طراحی شده است، در مجموع «سبد غذایی» که به محیط خانواده آورده می‌شود با عوامل فرهنگی، عادات غذایی، شیوه زندگی و با توجه به وضعیت سلامت محیط خانوار و افراد درون خانه «سفره خانوار» را شکل می‌دهد. سبد غذایی خود تحت تأثیر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، ایمنی غذایی و سواد تغذیه‌ای افراد است و از عوامل کلان چون واردات، صادرات و قیمت جهانی غذا اثر می‌پذیرد.



نتیجه سبد غذایی، سفره خانوار و وضعیت سلامت افراد و محیط خانوار، شاخص‌های پیامد و اثر مرتبط به امنیت غذا و تغذیه را شکل می‌دهد، به عبارت دیگر هر قدر عوامل دورتر (نسبت به پیامد) بهتر عمل

کنند وضعیت برتری در سطح پیامد و اثر تغذیه‌ای برای آن جامعه رخ می‌دهد. در شاخص امنیت غذایی^۱ با جمع‌بندی وضعیت شاخص‌های فوق، نمره‌ای برای هر منطقه جغرافیایی منظور می‌شود؛ به عنوان نمونه در نقشه جهانی امنیت غذایی که در سال ۲۰۰۸ منتشر شد امتیازدهی به این شرح بود: خطر شدید (۲/۵-۰)، خطر بالا (۵-۲/۵)، خطر متوسط (۵/۷-۵) و خطر پایین (۱۰-۷/۵). از عوامل مهم و مؤثر بر وضعیت امنیت غذا و تغذیه یک جامعه نظام مدیریت امنیت غذا و تغذیه آن است که سیستم رصد (هشداردهنده) و نظام پاسخدهی، تحقیقات کاربردی، ارزیابی و مداخله سریع در بحران و نیروی انسانی متخصص را شامل می‌شود. مدل مفهومی فوق مبنای توصیف، تحلیل و تعیین مداخلات ارتقاءدهنده وضعیت امنیت غذا و تغذیه است. براساس این مدل شاخص‌های تغذیه و امنیت غذایی زیر برای تحلیل در این سند در نظر گرفته شده است:

شاخص‌ها		حوزه‌ها و حیطه‌ها	
تولید: شاخص تولید غذا (Food Production Index)، حجم تولید مواد غذایی، میزان تولید غذاهای فراویژه، تراریخته، غذاهای ارگانیک، غذاهای غنی شده توزیع: تعداد فروشگاه‌ها و توزیع آن‌ها	فیزیکی	دسترسی	سبب غذایی
درصد خانوارهای زیر خط فقر، درصد درآمد به غذا، شاخص قیمت برای مصرف‌کننده (Consumer Price Index)، سهم غذا از درآمد خانوار، بودجه غذای خانوار، شاخص قیمت غذا (Food Price Index)، GNP، ضریب جینی، یارانه‌ها، شاخص عدالت توزیعی و مصرف توسط سرپرست خانوار	اقتصادی		
سواد تغذیه‌ای انتخاب غذا، تحصیلات، ترجیحات غذایی،		سواد تغذیه‌ای	
درصد آلودگی‌های بیولوژیکی، فیزیکی و شیمیایی شامل آفت‌کش‌ها و داروها، آلودگی فلزات سنگین، مهاجرت مواد بسته‌بندی به مواد غذایی، آلودگی به سموم قارچ‌ها و بقایای حشرات و حیوانات موزی، هورمون‌ها و پرتوزاها، مواد افزودنی غیرمجاز، شیوه دفع ضایعات مواد غذایی		ایمنی غذایی	

1. Food Security Index

سفره خانوار	فرهنگ و عادات غذایی	درصد خانواده‌هایی که نمک یددار مصرف می‌کنند، میزان مصرف نوشابه‌های گازدار، غذاهای آماده و غیرخانگی، فست‌فود، هله هوله، مصرف ماهی، شیر و مواد لبنی، مصرف سرانه - روزانه و همچنین شاخص مصرف سرانه - روزانه برای انرژی، پروتئین، و ریزمغذی‌ها از جمله آهن و کلسیم (توضیح: شاخص مصرف (کل کشور = ۱۰۰)، دوره‌های آموزشی مهارت‌های آشپزی، درصد تغذیه با شیر مادر، روش پخت و نگهداری غذا، عادات غذایی، درصد مصرف روغن جامد، شاخص مصرف کربوهیدرات
	وضعیت سلامت	شیوع اسهال، مرگ نوزاد و مرگ کودک زیر ۵ سال، امید به زندگی در بدو تولد، درصد خانواده‌هایی که به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند، شیوع بیماری‌های مؤثر بر تغذیه و جذب مواد غذایی، میزان پوشش مراقبت‌های دوران بارداری، کودکی، نوجوانی، میان‌سالی و سالمندی
پیش‌مادهای تغذیه‌ای	شاخص‌های تن سنجی	کوتاه قدی تغذیه‌ای: کودکان زیر ۵ سال و ۶ تا ۱۴ سال، توده بدنی (لاغری، اضافه وزن و چاقی) در گروه‌های سنی و جنسی جامعه و میزان تولد نوزاد با وزن کم (کمتر از ۲۵۰۰ گرم)
	ریز مغذی‌ها	کمبود آهن (به ویژه در دوران کودکی و بارداری)، روی، ویتامین آ (کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه - زنان باردار)، ویتامین د (کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه - زنان باردار)، کلسیم، کمبود ید (۱۴-۶) و کمبود اسید فولیک
نظام امنیت غذایی	سیستم رصد و مراقبت	سیستم رصد و نظام پاسخدهی امنیت غذا و تغذیه شامل سامانه تصمیم‌گیری
	تحقیقات	تعداد تحقیقات کاربردی مرتبط به شاخص‌های سطح پیامد و عوامل مؤثر بر آن به ویژه فرهنگ و سواد تغذیه (وجود تحقیقات دوره‌ای عادات غذایی در بخش‌های جمعیتی)
	مدیریت بحران	ارزیابی و مداخله سریع در بحران
	نیروی انسانی	تعداد نیروی انسانی مرتبط به تغذیه و امنیت غذایی (متخصصین تغذیه جامعه، تغذیه بالینی، ایمنی غذا، اقتصاد و اپیدمیولوژی تغذیه)، تعداد و کیفیت برنامه‌های آموزش مستمر نیروهای انسانی این حوزه
عوامل بیرونی	دموگرافیک	میزان رشد جمعیت، درصد جمعیت روستایی و شهری
	سطح آموزش	میزان باسوادی، میزان ترک تحصیلی

بر اساس شاخص‌های فوق وضعیت تعدادی از نشانگرهای تغذیه و امنیت غذایی مهم به شرح زیر است:

نیم‌رخ وضعیت شاخص‌های تغذیه و امنیت غذایی کشور			
حیطه	نام شاخص	توصیف و تحلیل (با منبع)	وضعیت
دسترسی فیزیکی و اقتصادی	شاخص تولید غذا Food Production (Index)	۱۰۹,۳ در ۲۰۱۰ (۱)، شاخص تولید غذا در ایران از ۱۰۸,۲ در سال ۲۰۰۷ به ۱۰۹,۳ در ۲۰۱۰ افزایش یافته است. (۱)	✓
	حجم تولید مواد غذایی	غلات: ۲۳۰۰۰ هزار تن، حبوبات: ۷۱۶ هزار تن، سبزی‌ها: ۱۶۰۰۰ هزار تن (۲)، گوشت قرمز: ۹۳۳/۶ هزار تن، گوشت مرغ: ۱۶۶۶/۵ هزار تن، تخم مرغ: ۷۶۶/۷ هزار تن، شیر: ۱۰۲۴۲ هزار تن، ماهی: ۶۴۹ هزار تن و میگو: ۱۴/۳ هزار تن (۳). تولید گندم و برنج از سال‌های ۸۱ تا ۸۸ روند کاهشی داشته است. تولید حبوبات در طی همین سال‌ها روند افزایشی داشته ولی در سال‌های اخیر مجدداً کاهش پیدا کرده، تولید سیب زمینی کاهش و تولید سبزی نسبت به سال ۸۱ افزایش داشته ولی نسبت به سال‌های اخیر کاهش داشته، تولید گوشت قرمز و مرغ و تولید شیر افزایش داشته، تولید تخم مرغ و روغن مایع ثابت بوده، همچنین قند و شکر ثابت بوده. (۲)	✓
	توزیع: تعداد فروشگاه‌ها و توزیع آنها	عمده فروشی مواد خام کشاورزی، حیوانات زنده، خوراکی‌ها، آشامیدنی‌ها و دخانیات: ۳۰۰۵۳ (۴)، خرده فروشی غذا و آشامیدنی‌ها و دخانیات در فروشگاه‌های تخصصی: ۵۱۲۹۲۹، تعداد در سال ۱۳۸۱ (۵)	✓
	درصد خانوارهای زیر خط فقر	سال ۱۳۸۵ - ۱۲/۶٪ خانوارهای شهری و ۱۱/۴٪ خانوارهای روستایی (۶)	✗
	متوسط هزینه خوراک و متوسط هزینه خوراک و دخانی سالانه	متوسط هزینه خوراک و دخانی سالانه یک خانوار شهری: ۲۶,۱۵۷,۰۰۰ ریال (۷) و یک خانوار روستایی: ۲۶,۱۳۷,۰۰۰ ریال (۷) متوسط سهم هزینه خوراک در روستا ۳۷٪ و در شهر ۲۳٪ است. (مطالعه سمپات)	✗
	شاخص قیمت غذا (Food Price Index) شاخص قیمت برای مصرف‌کننده	عدد شاخص کل بهای کالاهای خوراک و آشامیدنی در فروردین ۱۳۹۱: ۳۹۰,۴ (۴) یک کیلو گرم مرغ: ۵۲۰۰۰ ریال، یک کیلو گرم تخم مرغ: ۲۲۴۰۰ ریال، یک کیلو گرم گوشت گوسفند: ۲۰۸۵۰۰ ریال، یک کیلو گرم گوشت گاو: ۱۴۸۰۰۰ ریال (۵) شاخص بهای کالاهای در فروردین ۹۱ در مقایسه با ماه قبل و سال قبل ۵,۲ و ۳۳٪ افزایش داشته است.	✗
	GNP، ضریب جینی، یارانه‌ها (سهم سبد مصرفی خوراک خانوار از برنامه حمایتی)	ضریب جینی ۰,۳۷ در سال ۹۰، (۸) با توجه به ۰/۳ کاهش نسبت به سال قبل، به نظر می‌رسد شاخص ضریب جینی رو به بهبود می‌باشد.	-

سواد تغذیه‌ای، فرهنگ و عادات غذایی	ایمنی غذایی	آلودگی‌های بیولوژیکی، فیزیکی و شیمیایی شامل: آفت‌کش‌ها و داروها، آلودگی فلزات سنگین، آلودگی به سموم قارچ‌ها و بقایای حشرات و حیوانات موزی، هورمون‌ها و پرتوزاها، آلودگی به ترکیبات بسته‌بندی، مواد افزودنی غیرمجاز و شیوه دفع ضایعات مواد غذایی: داده‌های مدونی برای ایمنی غذایی وجود ندارد و یا پراکنده بوده و قابل دسترس نیست اما از دیدگاه متولیان نظارت و خبرگان موضوع ایمنی غذایی یک معضل در حال حاضر است.	✗
	میزان خانوار مصرف‌کننده نمک یددار	۹۸٪ خانوارهای ایرانی(۹)، شاخص‌های این برنامه حاکی از آنست که ایران در زمره کشورهایی است که اختلالات ناشی از کمبود ید را کنترل کرده است. (۹)	✓
	میزان مصرف نوشابه‌های گازدار	۳۳ لیتر، بررسی‌های وزارت بازرگانی (۱۰) ۵۳٫۸٪ هیچ با در هفته، ۱۸٫۷٪ یکبار در هفته، ۱۲٫۵٪ دوبار در هفته، ۰٫۷٪ سه با در هفته، ۷٫۸٪ چهار بار یا بیشتر در هفته (۱۲) نسبت به میانگین سرانه مصرف در دنیا(۳۰ لیتر سالیانه)، هنوز ۳ لیتر بیشتر مصرف می‌شود.(۱۰)	✗
	میزان مصرف کنسرو و فست فود	۶۶٫۲۴٪ هیچ بار در هفته، ۱۸٫۱٪ یکبار در هفته، ۹٪ دوبار در هفته، ۳٫۸٪ سه بار در هفته، ۲٫۸٪ چهار بار یا بیشتر در هفته. (۱۲)	-
	میزان مصرف ماهی	۷٫۵ کیلوگرم (سرانه مصرف ماهی در سال) (۳) ۵۳٫۳٪ هیچ بار در هفته، ۲۶٫۴٪ یکبار در هفته، ۱۲٫۹٪ دوبار در هفته، ۴٫۸٪ سه بار در هفته، ۲٫۶٪ چهار بار یا بیشتر در هفته (۱۲) میزان مصرف ماهی در دنیا برابر ۱۶ کیلوگرم و در ایران ۸ کیلوگرم می‌باشد(۳۲)	✗
	میزان مصرف نمک	۳۹٫۷٪ هرگز، ۲۰٪ کمتر از یک وعده، ۱۶٪ یک وعده، ۲۳٫۶٪ دو وعده، ۰٫۷٪ سه وعده (۱۲) میزان مصرف نمک در ایران برابر ۱۰-۱۲ گرم در روز و دو برابر توصیه شده (کمتر از ۵ گرم) در روز می‌باشد. (۳۳)	✗

✗	میزان مصرف چپیس، پفک، آب نبات و شکلات ۵۹,۷٪ هیچ بار، ۱۱,۹٪ یکبار در هفته، ۱۰,۹٪ دوبار در هفته، ۷,۱٪ سه بار در هفته، ۱۱٪ چهار بار یا بیشتر در هفته. (۱۲)	میزان مصرف هله هوله	
-	نان و غلات: ۴۵۱، میوه‌ها: ۱۴۲، سبزی‌ها: ۲۲۵، شیر و لبنیات: ۱۳۹، گوشت: ۶۴، حبوبات: ۱۹، تخم‌مرغ: ۲۱، روغن و چربی: ۴۶ (گرم در روز) (۱۱) گندم، شلتوک و سایر غلات: ۱۳، قندوشکر: ۳، حبوبات: ۰,۶، سبزی و میوه: ۲۶، انواع گوشت و تخم‌مرغ: ۳,۵، شیر: ۷، انواع روغن و چربی: ۱ (اعداد به میلیون تن می‌باشد). (۳) نان و غلات ۱۱-۶ واحد، میوه‌ها و سبزی‌ها ۳-۵ واحد، شیر و لبنیات ۲-۳، حبوبات، مغزها و تخم‌مرغ ۲-۳ واحد در روز، و چربی‌ها، روغن و شیرینی‌ها مصرف با احتیاط (۳۲) به طور کلی در یک رژیم غذایی متعادل باید ۱۵-۱۲ درصد انرژی مورد نیاز روزانه از پروتئین، ۶۰-۵۰ درصد از کربوهیدرات و ۳۰ درصد از چربی تأمین شود. (۳۱)	میزان مصرف گروه‌های غذایی	
-	انرژی: ۲۵۶۳ کیلو کالری در روز، پروتئین: ۷۰ گرم در روز آهن: ۱۴، کلسیم: ۵۵۰ (میلی‌گرم در روز) (۱۱)، میزان عرضه روزانه پروتئین: ۹۵,۵ کربوهیدرات: ۶۲۹، چربی: ۸۱، کلسیم: ۶۵۰,۵، آهن: ۱۷، ویتامین: ۷۲۹ (گرم) در روز (۳) میزان استاندارد استفاده دریافتی روزانه اسیدچرب اشباع شده: ۲۰، کلسترول: ۰,۳، سدیم: ۲,۴، پتاسیم: ۳,۵، کربوهیدرات‌ها: ۳، فیبر: ۲۵ و پروتئین ۵۰، آهن ۰,۱۸، کلسیم ۱ (گرم) می‌باشد. (۳۰)	مصرف سرانه -روزانه و همچنین شاخص مصرف سرانه -روزانه برای انرژی، پروتئین، آهن، کلسیم (توضیح: شاخص مصرف کل کشور = ۱۱۰۰)	
✓	۶-۰ ماهه: ۵۳/۱٪ (۱۲)، با توجه به گزارش ۲۰۰۵ ایران به یونسف این میزان ۵۶٪ بوده که در مقایسه با کشور ترکمنستان (۲۰۰۶) عراق (۲۰۰۶) ۳۱٪، ترکیه (۲۰۰۸) ۳۹٪ وضعیت نسبتاً مطلوبی است. (۲۰)	تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر	
✓	۵/۱۳٪ (۱۲)، ۹۰٪ مرگ‌های ناشی از اسهال و پنومونی در کشورهای آسیای جنوبی و آفریقای زیر صحرای اتفاق می‌افتد. (۲۲)	شیوع اسهال در کودکان زیر ۵ سال	سلامت مرتبط با تغذیه
✓	نوزاد: ۱۵/۷، زیر یک سال: ۲۰/۶ (۱۲) ۲۱٪ در نوزادان زیر یکسال (۲۱) در مقایسه با ترکیه (۱۲ در هزار) کویت (۹ در هزار) وضعیت مساعدی نداریم. (۲۱)	مرگ نوزاد، مرگ کودک زیر یکسال	
✓	۸/۹۶٪ خانوارها (۱۲)، میزان دسترسی جمعیت شهری به آب آشامیدنی در ایران برابر ۹۸٪ است که در مقایسه با ترکیه (۱۰۰٪) و ارمنستان (۹۹٪)، ترکمنستان (۹۷٪) در جایگاه مطلوبی قرار گرفته است. (۲۳)	درصد دسترسی خانواده‌ها به آب بهداشتی	

-	نتایج سه بررسی کشوری سال‌های ۱۳۷۴، ۱۳۷۷ و ۱۳۸۹ از نظر کوتاه‌قدی تغذیه‌ای، کم‌وزنی و لاغری نشان می‌دهد روند سوءتغذیه در کودکان زیر ۵ سال به ویژه طی سال‌های ۷۷ تا ۸۹ کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. کودکان زیر ۵ سال کم‌وزنی: ۴/۰۸٪، لاغری: ۴٪، کوتاه‌قدی: ۶/۸۳٪ (۱۱) میزان کودکان کم‌وزن در سال ۲۰۰۴ برای ایران ۴/۶٪ بوده که نسبت به سال ۱۹۹۸ (۹/۵٪) و ۱۹۹۵ (۱۳/۸٪) شاهد روند رو به بهبود می‌باشیم. (۲۶) شیوع کم‌وزنی زیر ۵ سال (۱۳۸۳): ۵/۲۵، شیوع کوتاه‌قدی زیر ۵ سال (۱۳۸۳): ۴/۷، شیوع لاغری زیر ۵ سال (۱۳۸۳): ۳/۷ - کاهش ۵۰ درصدی سوءتغذیه کودکان با اجرای برنامه‌های مداخله‌ای بین بخشی	کم‌وزنی، لاغری و کوتاه‌قدی در کودکان زیر ۵ سال
×	میانگین شاخص توده بدنی ۲۴/۹۳ (۱۲)، درصد افراد با اضافه وزن یا چاق ۴۳/۹۵ (۱۲) میانگین میزان توده بدنی در ایران در طیف ۲۴/۹-۲۹/۹ قرار گرفته که نشاندهی داشتن اضافه وزن میانگین جمعیت می‌باشد. در مقایسه با سایر کشورها، تنها جمعیت آفریقای جنوبی، افغانستان و پاکستان، هند و چین (آسیای جنوب شرقی) در طیف نرمال قرار گرفته و تقریباً سایر کشورها در کنار ایران جزء جمعیت با اضافه وزن محسوب می‌شوند. (۲۷) درصد دانش‌آموزان با BMI پنج درصد و کمتر (وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵): ۹/۴ / درصد دانش‌آموزان با BMI ۹۵ درصد و بیشتر (وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵): ۷/۰۹ / میانگین نمایه توده‌ی بدنی در سال ۸۳: ۲۴/۷	توده بدنی (لاغری، اضافه وزن و چاقی) در گروه‌های سنی و جنسی جامعه
✓	LBW: ۷/۷٪ (۱۱) میانگین میزان کم‌وزنی هنگام تولد در کشورهای آسیای ۱۱/۶٪ میشد. این رقم برای کشورهای توسعه‌یافته ۷ بوده و در مورد میانگین جهانی عدد ۱۵/۵٪ را داریم. با توجه به این ارقام ایران در جایگاه مطلوبی قرار دارد. (۲۸)	میزان تولد نوزاد با وزن کم
×	چهارمین پایش کشوری برنامه IDD: شیوع گواتر: ۵/۷٪ (کاهش شیوع گواتر از ۶۹٪ در سال ۶۵ به ۵/۷٪ در سال ۸۶ به واسطه اجرای برنامه یددار کردن نمک) کمبود روی در زنان باردار میانگین (۳۹٪) بیشترین اقلیم: دو و پنج (۵۰٪)، کمترین اقلیم شش (۱۴٪)، کم خونی در زنان باردار میانگین (۲۴٪) بیشترین اقلیم: یازده (۳۴٪) و کمترین اقلیم هشت و چهار (۱۵٪)، کمبود ویتامین آ در زنان باردار میانگین: (۱۶٪) بیشترین اقلیم: هفت (۳۴٪) و کمترین اقلیم: نه و شش (۷٪) کمبود شدید ویتامین آ در کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه میانگین: (۲٪) بیشترین اقلیم: پنج (۵٪) و کمترین اقلیم: یک، چهار، یازده (۱٪) کمبود شدید ویتامین د در زنان باردار ماهه میانگین (۵۳٪) بیشترین اقلیم: هشت (۷۱٪) و کمترین اقلیم: پنج (۳۱٪) کمبود شدید ویتامین د در کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه میانگین: (۴٪) بیشترین اقلیم: هشت (۶٪) و کمترین اقلیم: شش (۲٪)، (۱۴) و شیوع گواتر: ۵/۷٪ (۹)	کمبود آهن، روی، ویتامین آ، ویتامین د، کلسیم و شیوع گواتر

	بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، بعضی از انواع سرطان‌ها و...	توزیع فراوانی نسبی سابقه قبلی دیابت بر حسب تشخیص پزشک یا سایر کارکنان بهداشتی در شهر و روستا: ۲،۷٪ (۱۲). توزیع فراوانی نسبی استفاده از داروی فشارخون در شهر و روستا: ۳،۶٪ (۱۲)، ۳۸ درصد مرگ‌ها در کشورمان به خاطر بیماری‌های قلبی عروقی است (۱۹)، سن ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر نظیر سرطان پستان، دیابت و بیماری‌های قلبی در حال کاهش است (۱۸)، ۴۸/۶ درصد کل مرگ‌های دنیا به دلیل بیماری‌های قلبی عروقی بوده که ۸۰ درصد آن هم در کشورهای در حال توسعه گزارش شده است (۱۹)، میزان بروز این بیماری در دنیا در حال حاضر یک به هزار است که در کشور ما هم به همین میزان است. (۱۹)
		آنمی (فقر آهن و سایر آنمی‌ها)، هایپوتیروئیدی مادرزادی، فنیل کتون اوریا، گواتر درجه ۲ به بالا، دیابت، کمبود ویتامین A (اسکارقرنیه)، سوء تغذیه پروتئین-انرژی، ریکتز سایر بیماری‌های تغذیه‌ای و متابولیک، بیماری‌های تغذیه و کم وزنی زمان تولد با تولد به هنگام مطابق جدول شاخص بار بیماری‌ها (پیوست)
		شروع بیماری‌های ناشی از کمبود مواد مغذی و مرتبط با غذا (Diet-related)
دموگرافیک و سواد	میزان رشد جمعیت	۱،۲۹٪ (۱۵)، میزان رشد جمعیت همانند کشورهای همسایه (به جز افغانستان) حدود ۲ تا ۱۱ متغیر است، این میزان از کشورهای پیشرفته مثل آمریکای شمالی، اروپا و روسیه بیشتر و در مقایسه با آفریقای جنوبی، کمتر است. (۲۶)
	درصد جمعیت روستایی و شهری	جمعیت شهری، ۷۱،۴٪ و جمعیت روستایی ۲۸،۵٪، جمعیت غیرساکن ۰،۱٪ (۱۶)، جمعیت شهری کشورهای همسایه مانند ترکیه (۷۰٪)، پاکستان (۳۶٪)، افغانستان (۲۳٪)، عراق (۶۶٪) می‌باشد. ژاپن (۶۷٪)، و بیشترین میزان شهرنشینی (بیش از ۷۵٪) در قاره‌ی آمریکا و تاحدودی در اروپای غربی دیده می‌شود (۳۰)
	میزان باسوادی	میزان باسوادی در جوانان ۲۴-۱۵ ساله در سال ۲۰۰۸ برای ایران ۹۹٪ بوده است که نشان‌دهنده‌ی وضعیت مطلوب در این گروه سنی می‌باشد. (۲۵)
	میزان ترک تحصیلی	۳ میلیون نفر از جمعیت ۱۷-۶ ساله خارج از مدرسه هستند (۱۷)

میزان تولید غذاهای فراویژه، تراریخته، غذاهای ارگانیک، غذاهای غنی شده و دوره‌های آموزشی مهارت‌های آشپزی و روش پخت و نگهداری غذا شاخص‌هایی هستند که داده‌های آن در دسترس نبود.

۲) تحلیل ذینفعان - تغذیه و امنیت غذا

برای تحلیل ذینفعان ابتدا باید زنجیره غذا را ترسیم کرد و سامانه‌های مرتبط به هر قسمت را مشخص کرد.



با توجه به زنجیره غذا دستگاه‌های مسئول را به سه دسته می‌توان تقسیم کرد: دستگاه‌های حاکمیتی مسئول در تغییرات اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فناوری، بین‌المللی و محیط زیست مؤثر بر تغذیه و امنیت غذایی؛ دستگاه‌های حاکمیتی مسئول در فرآیند اصلی تغذیه و امنیت غذایی؛ دستگاه‌ها و سامانه‌های حمایتی و پشتیبان در تغذیه و امنیت غذایی.

این تقسیم‌بندی از آن جهت مهم است که در عمل پایش همکاری‌های بین‌بخشی می‌بایست بین دستگاه‌های مسئول اصلی در تغذیه و امنیت غذایی صورت پذیرد و در صورت مشاهده اثرات عوامل کلان بر آن و یا نیاز حمایت‌های بیشتر، از سایر دستگاه‌ها جلب حمایت و درخواست شود، بدون شک هیأت دولت و مسئولان ارشد کشور متولی اصلی در تدوین، حمایت، ابلاغ و پایش سیاست‌های تغذیه و امنیت غذایی در کشور هستند. با توجه به این که تجربیات جهانی هم غذا را به عنوان یک موضوع سیاسی معرفی می‌کنند نقش گروه اخیر بیش از پیش آشکار می‌شود. مهمترین نگرش آن است که کلیه تصمیم‌گیران و صاحبان قدرت باید از اثرات عملکرد خود بر امنیت غذایی و تغذیه جامعه قبل از اجرای سیاست یا تصمیم آگاه باشند و این موضوع را در اولویت قرار دهند و اگر لازم شد در تصمیم خود بازنگری

کنند. امروزه این مفهوم در قالب ابزار ارزیابی اثرات سیاست‌ها بر سلامت^۱ به کار گرفته می‌شود که در کشور ما هم مطابق قانون برنامه پنجم توسعه به عنوان پیوست سلامت معرفی شده است.

دستگاه‌های حاکمیتی مسئول در تغییرات اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فن‌آوری، بین‌المللی و محیط زیست مؤثر بر تغذیه و امنیت غذایی		
مجلس شورای اسلامی، مجمع تشخیص مصلحت نظام، وزارت اقتصاد و دارایی (از جمله سازمان گمرک)، وزارت امور خارجه، سازمان محیط زیست، وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری، وزارت کشور (از جمله سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌ها و استانداران)، سازمان هدفمند نمودن یارانه‌ها، شورای عالی امنیت کشور، سازمان بازرسی کشور، شورای عالی علوم تحقیقات و فن‌آوری (معروف به شورای عتف که کمیسیون تخصصی ویژه برای تعیین اولویت‌های پژوهشی و طرح‌های کلان ملی در حوزه امنیت غذایی رفاه و تأمین اجتماعی دارد)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت جهاد کشاورزی		
دستگاه‌های حاکمیتی مسئول در فرآیند اصلی تغذیه و امنیت غذایی		
تأمین پایدار غذا (Sustainable Food Supply)	ایمنی غذایی (Food Safety)	تغذیه (Nutrition)
وزارت جهاد کشاورزی از جمله سازمان دامپزشکی، سازمان شیلات و سازمان حفظ نباتات وزارت صنعت معدن و تجارت	سازمان غذا و دارو (از جمله آزمایشگاه‌های تابعه) سازمان ملی استاندارد مرکز سلامت محیط و کار در معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نظارت بر ایمنی مواد غذایی خام دامی (سازمان دامپزشکی) و تعیین حدود حداکثر باقیمانده‌ها (وزارت جهاد کشاورزی)	دفتر بهبود تغذیه جامعه در معاونت بهداشت با محوریت دفتر بهبود تغذیه جامعه کلیه مراکز، دفاتر و ادارات معاونت بهداشت معاونت درمان، معاونت آموزش، معاونت تحقیقات و فن‌آوری و معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دستگاه‌ها و سامانه‌های حمایتی و پشتیبان در تغذیه و امنیت غذایی
دستگاه‌های پشتیبان ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز و نیروی انتظامی، وزارت دادگستری (سازمان تعزیرات حکومتی)، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت آموزش و پرورش، سازمان نهضت سوادآموزی، سازمان صدا و سیما، کمیته امداد امام خمینی (ره)، وزارت نیرو (تامین آب سالم برای کشاورزی)، سازمان زندان‌ها، سازمان بهزیستی، سازمان مدیریت بحران، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (به عنوان تخصیص‌دهنده منابع مالی سالیانه برای کاهش فقر غذایی، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور، وزارت کشور، مجلس شورای اسلامی وقوه قضائیه
شبکه‌های تولید، توزیع و فروش کانون انجمن‌های صنفی صنایع غذایی کشور، انجمن‌های صنفی صنایع غذایی و تولید کننده مواد غذایی، مجمع عالی واردات (واردکنندگان مواد غذایی)، اتحادیه مرکزی نظارت و هماهنگی تولیدکنندگان مواد غذایی (کشاورزان و دامپروران)، اتحادیه شرکت‌های حمل و نقل مواد غذایی، اتاق‌های بازرگانی و وزارت صنعت معدن و تجارت (تنظیم بازار کالاهای اساسی نظارت عالی بر توزیع و مجامع صنفی اعم از تولید و توزیع و شرکت‌های پخش و فروشگاه‌های بزرگ و زنجیره‌ای)
شبکه‌های آموزش، تحقیقات، مشاوره و حمایت طلب وزارت علوم تحقیقات و فن‌آوری، مرکز آمار ایران، سازمان نظام مهندسی کشاورزی، مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های بازرگانی و پژوهشکده غلات و نان، سازمان نظام دامپزشکی، سازمان نظام پزشکی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشکده‌های تغذیه و صنایع غذایی، مراکز تحقیقاتی مرتبط، مرکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، مؤسسه پژوهش‌های برنامه‌ریزی و اقتصاد کشاورزی و تحقیقات روستایی، انجمن‌های علمی مرتبط با غذا، تغذیه و صنایع غذایی، شرکت‌های دانش بنیان، نمایندگی دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در مدیترانه شرقی، یونیسف، دفتر نمایندگی FAO و WFP در ایران
مصرف‌کنندگان سازمان حمایت مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان، شوراها و اسلامی شهر و روستا، سازمان‌های مردم نهاد (سمن) به ویژه انجمن حمایت از حقوق مصرف‌کننده

۳) مروری بر وضعیت تحقیقات تغذیه در کشور

نتیجه مباحثات کارگروه‌های شش‌گانه سمینار کشوری «برنامه‌ریزی و ساماندهی پژوهش‌های علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران» در فرهنگستان علوم پزشکی که با شرکت معاونت‌های تحقیقات و فن‌آوری، معاونت بهداشت و دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمیسیون سلامت، امنیت غذایی و رفاه اجتماعی، شورای عالی علوم تحقیقات و فن‌آوری کشور، دانشگاه‌های

علوم پزشکی کشور، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، انجمن تغذیه ایران، دانشکده علوم تغذیه و رژیم‌شناسی - دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده تغذیه و علوم غذایی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۱ تشکیل شد بر موارد زیر تأکید دارد:

۱. ظرفیت‌سازی مدیریتی و ساختاری؛
 ۲. حرکت از علوم تغذیه^۱ به سمت علوم و سیاستهای تغذیه^۲. انجام پژوهش‌های جامعه‌نگر، تحلیلی، سیاست‌نگر و بین‌رشته‌ای، تعدیل دید بالینی در پژوهش‌ها؛
 ۳. سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی شواهد محور و مبتنی بر مدارک؛
 ۴. نهادینه کردن تغذیه در ساختار و سیاستهای کشور از طریق دو سطح:
- ملی، مرکز تحقیقات سیاستهای غذایی/تغذیه‌ای در نهاد ریاست جمهوری. ساختاری برای تحلیل مشکل، تحلیل سیاست و تدوین سیاست (با حمایت مالی، سیاسی و اجرایی کافی)
 - استان و شهرستان با هدف سلامت عمومی، تأمین سلامت تغذیه‌ای جامعه
- متن سند «برنامه‌ریزی و ساماندهی پژوهش‌های علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران» نیز به شرح زیر تدوین شده است:

۱. تدوین سیاست پژوهش کشور، تعیین جایگاه دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی به عنوان بازوی پژوهشی سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی بخش خصوصی و صنعت، برقراری تعادل بین «آزادی و خلاقیت آکادمیک» و «علم در خدمت مردم» و برنامه‌ریزی برای اجرای طرح‌های پژوهشی درازمدت، توجه خاص به اثربخشی در جهت حل مشکلات غذا و تغذیه کشور در کنار توجه به بالابردن توان علمی کشور از طریق چاپ مقالات در مجلات معتبر داخلی و بین‌المللی؛
۲. ایجاد یک مرکز مطالعات سیاستهای غذا و تغذیه در سطح ملی برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی غذا و تغذیه.
۳. تشکیل شبکه کشوری تحقیقات غذا و تغذیه مرکب از محققین دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، بخش سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ذینفعان بخش‌های دولتی و خصوصی.

1. Nutrition Science

2. Nutrition Science and Policy

اقدامات ضروری برای عملیاتی کردن پیشنهادات:

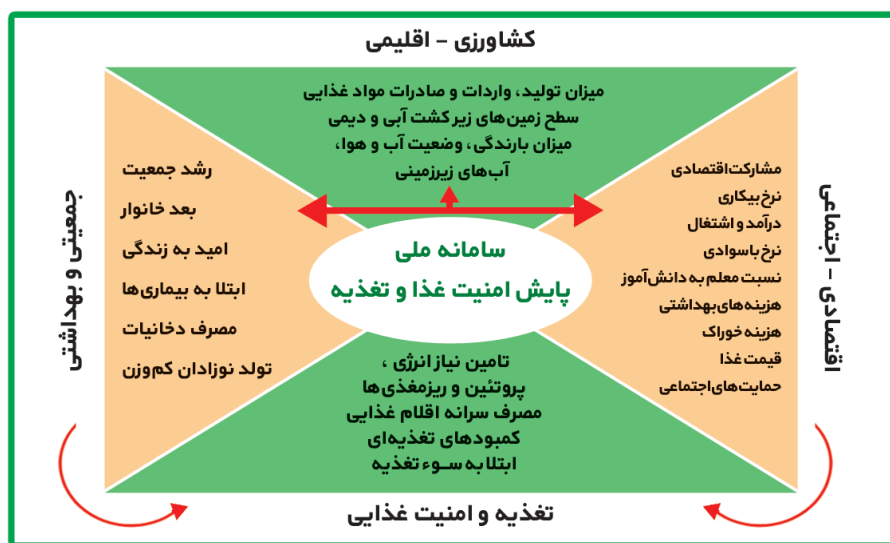
- نهادینه کردن ارتباط بین دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی با شبکه کشوری تحقیقات غذا و تغذیه و مرکز ملی مطالعات سیاست های تغذیه.
- هماهنگی بین بخشی و انسجام بخشی به ویژه در زنجیره ی مواد غذایی و افزایش نقش و سهم صنعت غذا (ضرورت یکپارچگی سیستم کنترل غذا در کل زنجیره با تولی گری سازمان غذا و دارو)؛
- بازنگری نظام انگیزشی محققان و سیاست گذاران کشور در جهت تقویت تعامل و هم اندیشی برای سیاست گذاری مبتنی بر شواهد.
- سیاست گذاری برای اولویت دادن به مطالعات بنیادی، اپیدمیولوژیک، بالینی و مداخل های با؛
- ایجاد و توسعه دوره هایی برای تربیت متخصصان و پژوهشگران رشته های تخصصی نوین و میان رشته ای از جمله تغذیه و علوم انسانی: هم اکنون هفت دوره ی: کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی اپیدمیولوژی تغذیه، تغذیه سلولی-مولکولی، کارشناسی ارشد تغذیه جامعه برای تصویب به وزارت بهداشت ارسال شده است.
- هدفمند کردن اعتبارات پژوهشی و تسهیل سازوکارهای مالی به منظور توسعه ی پژوهش های تقاضا محور.

۴) مروری بر نتایج سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه در ایران و تدوین اولین نقشه ی وضعیت امنیت غذایی در کشور (پژوهش سمپات)

این مطالعه در سال ۱۳۹۰ به سفارش دفتر بهبود تغذیه جامعه و با هدف تدوین سامانه ملی پایش وضعیت امنیت غذا و تغذیه در ایران و طراحی نقشه ی آسیب پذیری و ناامنی غذایی در کشور اجرا شده است. پژوهش از نوع توصیفی، تحلیلی و کاربردی است. محیط پژوهش کل کشور و جامعه پژوهش شامل منابع اطلاعاتی در برگیرنده ی شاخص های مرتبط با پایش وضعیت امنیت غذا و تغذیه در سطح ملی می باشد. امنیت غذا و تغذیه در این تحقیق عبارتست از «دسترسی فیزیکی و اقتصادی تمام افراد در همه ی اوقات به غذای کافی و سالم که به شیوه های قابل قبول اجتماعی و با مطلوبیت فرهنگی به دست آید تا تمامی سلول های بدن از مواد مغذی کافی برای دستیابی به یک زندگی سالم و فعال بهره مند شوند». در این پژوهش سه حیطه ی اصلی به شرح زیر مدنظر قرار گرفته است:

دسترسی به غذای کافی^۱

• تولید گوشت، شیر، مرغ و تخم مرغ (هزارتن)	• نسبت اراضی کشور به مساحت استان
• تولید محصولات غذایی کشاورزی (غلات)	• منابع آب های زیرزمینی
• تولید محصولات صنعتی کشاورزی (پنبه و کلزا)	• میانگین ارتفاع بارش
• تراکم نسبی جمعیت (نسبت جمعیت به مساحت یک منطقه است و برحسب نفر در کیلومتر مربع بیان می شود).	• نسبت جمعیت شهری به روستایی



توان اقتصادی برای تأمین غذا یا در دسترس بودن غذا

- نرخ مشارکت اقتصادی استان (نسبت جمعیت شاغل به کل افراد فعال ۱۰ ساله و بیشتر در استان)
- نرخ باسوادی (نسبت جمعیت ۶ سال و بالاتر باسواد به کل جمعیت ۶ سال و بالاتر)
- هزینه‌های خوراکی و دخانیات سالانه یک خانوار
- حمایت از خانوارهای نیازمند شهری
- حمایت از خانوارهای نیازمند روستایی
- قیمت گوشت گوسفند در بازار آزاد
- قیمت گوشت مرغ در بازار آزاد
- نسبت دانش آموز به معلم
- ضریب محرومیت استان (شاخص ترکیبی ارائه شده توسط کمیته امداد)

تأمین سلامت یا بهره‌مندی بدن از غذای خورده شده

- دسترسی به آب آشامیدنی خانوارهای روستایی
- متوسط هزینه‌های بهداشتی یک خانوار
- امید به زندگی در بدو تولد
- میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده
- درصد دانش آموزان با BMI ۵٪ و کمتر
- درصد نوزادان با وزن زیر ۲۵۰۰ گرم در هنگام تولد

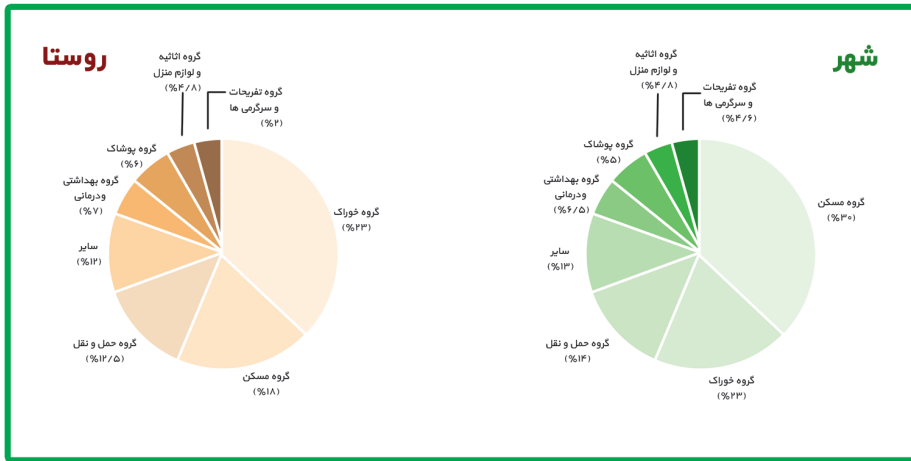
در مرحله اول پس از بررسی متون، با بررسی تجربه‌ی سایر کشورها در ایجاد سامانه و مدل‌های مختلف پایش امنیت غذا و تغذیه، مدل مفهومی پایش امنیت غذا و تغذیه و زیرساخت‌های آن تعیین گردید. در مرحله بعد فلوچارت سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه، تعریف شد و براساس آن کلیه اطلاعات مرتبط با امنیت غذا و تغذیه از آخرین اطلاعات مرکز آمار ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت جهادکشاورزی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور و سایر سازمان‌های ذیربط دریافت گردید. پس از بررسی داده‌ها طی جلسات کمیته راهبردی با استفاده از نظرات کارشناسان و مدیران موسسه پژوهش‌های برنامه‌ریزی و اقتصاد کشاورزی وزارت جهادکشاورزی، پژوهش‌کننده پدافند غیرعامل جهادکشاورزی، دفتریارانه در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر بحران

و مناطق محروم کمیته امداد امام خمینی (ره) و انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور به‌روزترین داده‌ها انتخاب شدند.

برای بررسی و تعیین الگوهای استانی در زیرساخت‌های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، جمعیتی، بهداشتی و تغذیه‌ای مرتبط با امنیت غذایی از مدل آنالیزتحلیل عاملی استفاده شد. پس از انجام تحلیل عاملی بر روی زیرساخت‌های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و تغذیه‌ای مرتبط با امنیت غذایی، چهارالگوی تقسیم‌بندی برای امتیازدهی به استانها تعیین گردید. در این تجزیه تحلیل‌ها از ۱۱۹ متغیر در حیطه‌های مختلف مربوط به زیرساخت‌های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، جمعیتی، بهداشتی و تغذیه‌ای مربوط به امنیت غذایی استفاده شده است که از آن میان تنها ۵۵ متغیر در الگوها دارای همبستگی تشخیص داده شدند. این متغیرها عبارتند از: تولید گوشت، شیر، مرغ و تخم مرغ (هزارتن)، تراکم نسبی جمعیت، نرخ مشارکت اقتصادی استان، نسبت اراضی کشور به مساحت استان، منابع آب‌های زیرزمینی، نرخ باسوادی نقاط شهری و روستایی، میزان باروری کلی، رشد جمعیت، بعد خانوار، میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰ تولد زنده، امید زندگی زنان و مردان، ابتلا به بیماری، درصد تغذیه کودکان با شیر مادر تا یک سالگی، میانگین نمایه توده‌بندی، درصد افراد با حداقل ۱۰ دقیقه ورزش در روز، مصرف دخانیات، درصد حاملگی ناخواسته، درصد دانش‌آموزان با BMI صدک پنجم و کمتر، درصد دانش‌آموزان با BMI صدک ۹۵٪ و بیشتر، شیوع کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ سال، میانگین مصرف نان و غلات، سبزی‌ها، میوه‌ها، گوشت‌ها، شیر و لبنیات، چربی و روغن‌ها و قند و شکر، درصد افراد با دریافت انرژی / پروتئین / کلسیم / آهن / ویتامین B۱ / B۲ / B۳ / ویتامین C / ویتامین A / کمتر از ۷۰٪ نیاز روزانه، درصد افراد با دریافت انرژی بیشتر از ۱۲۰٪ انرژی روزانه، درصد نوزادان با وزن زیر ۲۵۰۰ گرم در هنگام تولد، درصد شیوع گواتر در دانش‌آموزان ۸ تا ۱۰ سال، میانگین ارتفاع بارش، متوسط هزینه‌های بهداشتی یک خانوار شهری، هزینه‌های خوراکی و دخانی سالانه یک خانوار، نسبت دانش‌آموز به معلم، تعداد تخت مؤسسات درمانی فعال به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر، میانگین قیمت گوشت گاو / گوشت گوسفند / تخم مرغ / گوشت مرغ در بازار آزاد، سطح زیر کشت دیم در استان، ضریب محرومیت استان، هزینه خوراک به کل هزینه‌ها در طبقه متوسط شهری / روستایی و نسبت جمعیت شهری به روستایی. امتیاز هر استان در هر یک از الگوها محاسبه شد و در مرحله بعد میانگین هر استان به دست آمد. پس از درصدبندی امتیازها، استان‌ها در شش گروه بسیار امن غذایی، امن غذایی، نسبتاً امن غذایی، نسبتاً ناامن غذایی، ناامن غذایی و بسیار ناامن غذایی توزیع شدند؛ نتیجه به شرح جدول می‌باشد.

وضعیت امنیت غذایی	توزیع امتیاز استان‌ها (صدک)	استان‌ها
بسیار امن غذایی	کمتر از صدک ۱۶/۷	قم، اصفهان، سمنان، تهران، یزد
امن غذایی	صدک ۱۶/۷ تا ۳۳/۳	آذربایجان شرقی، قزوین، مازندران
نسبتاً امن غذایی	صدک ۳۳/۳ تا ۵۰/۰	زنجان، آذربایجان غربی، خراسان رضوی، خراسان شمالی، مرکزی، همدان، گلستان، گیلان
نسبتاً ناامن غذایی	صدک ۵۰/۰ تا ۶۶/۶	اردبیل، چهارمحال و بختیاری، فارس، کرمانشاه، کردستان، لرستان، خراسان جنوبی
ناامن غذایی	صدک ۶۶/۶ تا ۸۳/۳	خوزستان، کرمان، ایلام، بوشهر
بسیار ناامن غذایی	صدک ۸۳/۳ و بیشتر	هرمزگان، کهگیلوه و بویراحمد، سیستان و بلوچستان
(۱) جمع امتیاز الگوها از ۶ تا ۱۰ - (۲) جمع امتیاز الگوها از ۷ تا ۲ - (۳) جمع امتیاز الگوها از ۲ تا ۰ (۴) جمع امتیاز الگوها از ۰ تا ۵ - (۵) جمع امتیاز الگوها از ۶ تا ۱۰ - (۶) جمع امتیاز الگوها از ۱۱ تا ۲۰		

علاوه بر روش آنالیزتحلیل عاملی (که روشی متداول برای طبقه‌بندی استان‌ها از نظر امنیت غذایی است) از روش دیگری به نام روش نمایه توسعه انسانی نیز برای طبقه‌بندی استانها استفاده شد. در مقایسه‌ی دو روش هم‌خوانی بسیار بالای نتایج ($r=0.8$) به دست آمد. با استفاده از روش‌های آماری، مدل نهایی برای استخراج نمایه‌ی امنیت غذایی با استفاده از رتبه‌بندی استان‌ها روی ۲۳ متغیر به دست آمد که در سه حیطه‌ی تأمین غذا، توان اقتصادی و تأمین سلامت یا بهره‌مندی از غذای خورده شده محاسبه شد. در مرحله بعد نتایج مربوط به بررسی هزینه‌های خوراک نسبت به کل هزینه‌های خانوار ارائه شده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که سهم مخارج خوراک نسبت به کل هزینه‌ها در همه‌ی طبقات شهری و روستایی به ترتیب ۲۳٪ و ۳۷٪ بوده است. همچنین، در کم درآمدترین طبقات شهری در ۲۰ استان کشور بالاتر از ۳۰٪ درآمد مردم صرف غذا شده است. درحالی که در طبقات کم درآمد روستایی تقریباً در تمام استان‌ها بیش از یک سوم هزینه‌های خانوار صرف خوراک شده است. حتی در طبقات پردرآمد روستایی، تقریباً در نیمی از استان‌ها همچنان بیش از یک سوم هزینه خانوار صرف هزینه غذا شده است.



۵) مروری بر نتایج بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد خانوارهای شهری و روستایی و کارکنان بهداشتی رده‌های مختلف در خصوص تغذیه



مطالعه‌ی بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد خانوارهای شهری و روستایی و کارکنان بهداشتی رده‌های مختلف در خصوص تغذیه که توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه و با همکاری پژوهشکده غدد متابولیسم

و درون ریز دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران با هدف تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد خانوارها در خصوص تغذیه در سطح استانهای کشور؛ و کارکنان سطوح مختلف بهداشتی - درمانی در خصوص تغذیه در سطح دانشگاههای علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۰ و به منظور طراحی و اجرای مداخلات مؤثر جهت ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای خانوارها انجام شد. واحد آماری در سطح خانوارها شامل خانوارهای عادی ساکن در مناطق شهری و روستایی استانهای سراسر کشور (مادرخانوار یا هر فرد بالای ۱۵ سال که وظیفه ی طبخ غذا را برعهده داشت) و در سطح کارکنان بهداشتی، سطوح مختلف ستادی تغذیه و ارائه دهنده خدمات بهداشتی - درمانی تغذیه ای شاغل در سطح دانشگاه های علوم پزشکی (کارشناس مسئول تغذیه در ستاد معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی، مربی آموزشگاه بهورزی، کارشناس مسئول تغذیه یا بهداشت خانواده در مرکز بهداشت شهرستان، پزشک و کارشناس مرکز بهداشتی درمانی شهری و مرکز بهداشتی درمانی روستایی، کارشناس و کاردان پایگاه شهری و بهورز خانه بهداشت) بودند.

در این مطالعه نمونه گیری در سطح خانوارها به صورت نمونه نمایانگراستانی انجام گرفت. نمونه گیری از نوع خوشه ای یک مرحله ای^۱ با اندازه خوشه های برابر بود. حجم نمونه در سطح خانوارها در هراستان برابر با ۴۵۶ نفر یعنی ۵۷ خوشه ۸ نفری در هریک از استان های کشور و در مجموع ۱۴۳۳۶ نفر می باشد. نمونه گیری در سطح کارکنان به سه روش کلی زیر انجام شد: در رده «کارشناس مسئول تغذیه در ستاد معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی» نمونه گیری از نوع سرشماری^۲، در ۲ رده «مربی آموزشگاه بهورزی» و «کارشناس مسئول تغذیه یا بهداشت خانواده در مرکز بهداشت شهرستان» نمونه گیری از نوع تصادفی منظم^۳ در سطح کشور، در ۲ رده دیگر شامل: «پزشک و کارشناس مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی» و «کارشناس و کاردان پایگاه شهری و بهورز خانه بهداشت» نمونه گیری چند مرحله ای از نوع تصادفی طبقه بندی شده و منظم^۴ در سطح هراستان بود. در مجموع تعداد ۴۷۳ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. داده های مورد نیاز در سطح خانوارها از طریق پرسشنامه ای ساختار یافته^۵ و با انجام مصاحبه پرسشگران طرح و در سطح کارکنان بهداشتی رده های پزشک و کارشناس، براساس پرسشنامه ای خودایفاء صورت پذیرفت.

1. Single-stage Cluster Sampling

2. Census

3. Systematic random sampling

4. Multi-stage Stratified-systematic random sampling

5. Structured Questionnaire

خلاصه یافته‌ها در دو سطح خانوار و کارکنان بهداشتی به شرح زیر است:

در سطح خانوارها:

- تنها ۴۲٪ از افراد، میوه‌ها را به عنوان گروه‌های اصلی غذایی می‌شناسند.
- تنها ۱۰٪ و ۱۹٪ از افراد از نقش میوه‌ها و سبزی‌ها در دریافت فیبر غذایی، آگاهی دارند.
- فقط ۱۶٪ افراد نقش میوه‌ها و ۲۲٪ آنها از نقش سبزیها در دریافت املاح آگاهی دارند.
- فقط ۲۰٪ افراد از نقش «شیر و لبنیات» و ۳۰٪ آنها از نقش «تخم مرغ» به عنوان منبع پروتئین آگاهی دارند.
- تنها ۴۰٪ از افراد سویا را به عنوان منبع تأمین پروتئین می‌شناسند.
- تنها ۳۴٪ از افراد «روغن حیوانی» را به عنوان مضرترین روغن خوراکی برای سلامت می‌دانند.
- آگاهی خانوارها در مورد منابع تأمین «روی» بسیار اندک می‌باشد (کمتر از ۲۰٪).
- تنها ۴۲٪ از خانوارها «استفاده از نمک یددار» را به عنوان بهترین راه پیشگیری از گواتر می‌دانند.
- تنها ۱۲٪ از خانوارها، به «مفهوم فیبر غذایی» آگاهی دارند و کمتر از ۲۵٪ از نقش آن در «پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر مثل سرطان، چاقی و اضافه وزن» اطلاع دارند.
- به ترتیب ۱۸٪ و ۱۱٪ از خانوارها از تاثیر «نوشابه‌های گازدار» بر «بی‌اشتهایی و سوءتغذیه» و «از بین رفتن مینای دندان» آگاه هستند.
- آگاهی خانوارها از تاثیر «مصرف بیش از حد غذاهای آماده و سریع (فست فود)» در ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر مثل بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان و بیماری‌های کبدی کمتر از ۲۰٪ و در مورد چاقی و اضافه وزن ۳۲٪ می‌باشد.
- تنها ۶۸٪ از خانوارها از مفید بودن نور مستقیم آفتاب برای کودکان اطلاع دارند.
- ۶۴٪ از خانوارها از تفاوت ارزش تغذیه‌ای نان سبوس دار و سفید آگاهی دارند.
- ۲۹٪ از خانوارها در مورد «مصرف لبنیات پرچرب» نگرش نامطلوب داشتند و یا نظری نداشتند.
- تنها ۶۰٪ خانوارها از مضر بودن مصرف نوشابه‌های گازدار آگاهی دارند.
- ۴۱٪ از خانوارها «حذف یک وعده غذایی» را برای کاهش وزن مفید می‌دانستند.
- تنها ۲۶٪ از خانوارها از متفاوت بودن ارزش غذایی گوشت و قارچ آگاهی داشتند.
- ۳۸٪ از خانوارها از لبنیات محلی تغذیه می‌کنند.
- تنها ۲۶٪ از خانوارها به صورت روزانه میوه و سبزی تازه و ۲۶٪ از آنها به صورت روزانه از شیر، ماست

یا پنیر استفاده می‌کنند.

- ۳۱٪ از خانوارها برای پخت و پز از روغن نباتی جامد استفاده می‌کنند.
- تنها ۵۵٪ از خانوارها برای سرخ کردن از روغن مخصوص سرخ کردن استفاده می‌کنند.
- ۴۰٪ از خانوارها از «سس مایونز یا سس‌های آماده» به عنوان طعم‌دهنده برای سالاد استفاده می‌کنند.
- تنها ۵٪ از خانوارها برای شستشوی سبزی خوردن تمام مراحل چهارگانه (شستشو با آب، انگل‌زدایی با مایع ظرفشویی، ضد عفونی با پرکلرین، شستشوی مجدد با آب) را انجام می‌دهند.
- بیش از ۵۰٪ خانوارها برای استفاده از کدو و بادمجان، سیب زمینی، پیاز و حتی سبزی، آن را سرخ می‌کنند.
- ۲۴٪ از خانم‌های بالای ۵۰ سال از قرص کلسیم - د به طور نامرتب و گاه‌گاه استفاده می‌کنند و ۵۴/۲٪ زنان این گروه سنی اصلاً استفاده نمی‌کنند.
- ۴۵٪ خانم‌های باردار از قرص‌های آهن هیچگاه و یا به طور نامرتب و گاه‌گاه استفاده می‌کنند.
- ۳۳٪ کودکان ۶ ماهه تا دوساله از مکمل آهن هیچگاه و یا به طور نامرتب و گاه‌گاه استفاده می‌کنند.
- تنها ۳۵٪ از خانوارها از نحوه‌ی نگهداری صحیح نمک یددار آگاهی دارند.
- ۷۷٪ از خانوارها همیشه و یا گهگاهی بر سفره نمکدان دارند (مصرف نمکدان سر سفره).
- ۶۲٪ از خانوارها نحوه‌ی دریافت آموزش تغذیه صحیح را از صدا و سیما و جراید و مطبوعات اعلام کرده‌اند.
- ۵۶٪ از خانوارها موضوع ارجح جهت دریافت آموزش‌های تغذیه را «روش صحیح پخت و نگهداری غذاها» و «اصول و روش‌های صحیح تغذیه» عنوان کرده‌اند.

در سطح کارکنان بهداشتی-درمانی:

- تنها ۴۴٪ کارکنان در مورد نیاز به مصرف پنج گروه اصلی غذایی در رژیم غذایی روزانه آگاهی دارند.
- تنها ۳۸٪ کارکنان از منابع پروتئین گیاهی آگاهی دارند.
- ۴۱٪ کارکنان از دریافت روزانه ۲-۴ واحد میوه و ۴۴٪ کارکنان از دریافت روزانه ۳-۵ واحد سبزی آگاهی دارند.
- تنها ۱۰٪ کارکنان استاندارد مطلوب اسیدهای چرب ترانس و اشباع در روغن‌های خوراکی را میدانند.
- ۴۵٪ کارکنان از نقش آنتی اکسیدانی ویتامین‌های A و E و نیز سلنیوم آگاهی دارند.

- ۴۷٪ کارکنان از نقش گوشت مرغ به عنوان منبع خوب آهن هم در مقایسه با منابع گیاهی آگاهی دارند
- تنها ۳۵٪ کارکنان به کودک ۱۸ ماهه‌ای که توانایی تحمل قطره آهن را ندارد، توصیه‌های مناسب می‌کنند.
- ۴۰٪ کارکنان به مشکل زانودن مصرف به ندرت فست‌فودها اشاره می‌کنند.

۶) مروری بر مطالعه تعیین سبد غذایی مطلوب

بحث در مورد سبد مطلوب غذایی و تدوین آن در کشور در سال ۱۳۶۷ و در طرح مابا مطرح شد. سبد غذایی مطلوبی که در طرح «مابا» تدوین شد با در نظر گرفتن الگوی مصرف جاری، نیازهای تغذیه‌ای سلولی (نیاز به مواد مغذی) و الگوی مصرف مدیترانه‌ای تدوین شد. الگوی مصرف جاری بر پایه اطلاعات به دست آمده از بررسی الگوی مصرف غذا در کشور توسط انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، سبد غذایی خانوار براساس هزینه خانوار توسط مرکز آمار ایران و طرح امنیت غذایی خانوار در استان تهران توسط انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور تعیین شد. به علاوه، توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی در زمینه نیاز به مواد مغذی و نیز، کاهش مصرف قند و شکر و چربی و افزایش مصرف میوه و سبزی و فیبر، نیز در نظر گرفته شد. در طرح مابا سبد غذایی مطلوب براساس الگوی مصرف واقعی خانوارهای کشور به گونه‌ای تدوین شد که به تفکیک شهر و روستا در سطوح ملی و منطقه‌ای - دو هدف کلی را تأمین کند:

الف) تأمین انرژی و مواد مغذی کلیدی (پروتئین، کلسیم، ویتامین A و ویتامین B_۲) و پیشگیری از کمبودهای تغذیه‌ای؛

ب) پیشگیری از بیش‌خواری و کاهش احتمال بیماری‌های مرتبط با رژیم غذایی.

به‌طور خلاصه روش طراحی سبد غذایی مطلوب شامل شناخت الگوی مصرف غذا، مشکلات و کمبودهای تغذیه‌ای، شناخت سبدهای غذایی مطلوب موجود و طراحی ارزشیابی سبدهای مطلوب کف و سقف، براساس الگوهای مطلوب موجود و توصیه‌ها و استانداردهای بین‌المللی و الگوهای مطلوب (به ویژه رژیم غذایی مدیترانه‌ای...) بود. هدف این بود که سبد کف انرژی مورد نیاز و حداقل ۸۰٪ از نیاز مواد مغذی کلیدی و سبد سقف علاوه بر تأمین انرژی مورد نیاز، مواد مغذی کلیدی را نیز در سطح مطلوب تأمین کند. به سخن دیگر، هدف از سبد غذایی مطلوب کف تأمین سیری شکمی (جنبه کمی) و تأمین سیری سلولی (هم جنبه کمی و هم جنبه کیفی) بود. سبد غذایی کف، ۲۳۰۰ - ۲۲۴۰ و سقف ۲۴۰۰ - ۲۵۰۰ کیلوکالری را تأمین می‌کردند.

نتایج حاصل از مطالعه سبد غذایی در سال ۱۳۷۶ (طرح مابا) نشان داد که دسترسی سرانه انرژی روزانه از ۲۰۰۰ کیلوکالری برای هر فرد به ۳۰۰۰ کیلوکالری برای هر فرد رسیده است. با این وجود ۲۰ درصد خانوارها در ناامنی غذایی بودند (دسترسی به کمتر از ۹۰ درصد نیاز روزانه) و ۱۱ درصد خانوارها نیز دچار ناامنی شدید غذایی بودند (دسترسی به کمتر از ۸۰ درصد نیاز روزانه). کیفیت غذایی مشکل زیادی در جمعیت دارد: ۳۰ درصد خانوارها کمتر از ۸۰ درصد کلسیم مورد نیاز روزانه را دریافت می‌کردند، این میزان برای ویتامین آ و ریبوفلاوین به ترتیب ۴۶ درصد و ۷۰ درصد بود.

سبد غذایی مطلوب دوم در سال ۱۳۸۳ به سفارش دفتر بهبود تغذیه جامعه توسط انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور تدوین شد. این سبد توسط اقتصاددانان با روش اقتصادسنجی و با در نظر گرفتن بودجه خانوار، فرهنگ و رفتارهای غذایی و نیازهای توصیه شده مواد مغذی کلیدی تدوین شد. ۱۴ ماده غذایی در نظر گرفته شده عبارتند از: نان، برنج، ماکارونی، حبوبات، سیب زمینی، میوه‌ها، سبزی‌ها، گوشت قرمز، گوشت سفید، تخم مرغ، لبنیات، روغنهای مایع، روغنهای جامد و قند و شکر. در این مطالعه تأثیر تغییرات قیمت‌های مواد غذایی و درآمد مصرف‌کننده بر تقاضای مواد غذایی سبد نیز بررسی گردید.

سومین سبد غذایی مطلوب غذایی در سال ۱۳۹۱، با توجه به نیازهای انرژی و مواد مغذی کلیدی و استانداردها و توصیه‌های بین‌المللی برای کل جمعیت ایران و به تفکیک گروه‌های سنی - جنسی مختلف تدوین شد. در تدوین این سبد از اطلاعات مربوط به تولید و عرضه غذا از ترازنامه‌های غذایی ۱۳۸۱-۱۳۸۸ و الگوی مصرف خانوارهای ایرانی در سال ۱۳۹۰ استفاده شد. این سبد نیاز به انرژی، پروتئین و مواد مغذی کلیدی، به جز کلسیم و آهن را به طور کامل تأمین می‌کند. تدوین‌کنندگان این سبد غذایی توصیه می‌کنند کمبود این دو ماده مغذی از راه غنی‌سازی مواد خوراکی و مکمل‌یاری فراهم گردد.

۷) در حال حاضر چه برنامه‌هایی برای ارتقای تغذیه و امنیت غذایی در بخش بهداشت انجام می‌شود؟

الف) برنامه‌های جاری و توسعه‌ای دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ردیف	نام برنامه	زمان شروع	وضعیت کنونی برنامه			مستندات
			پایلوت	ارزشیابی	کشوری	
۱	برنامه بهبود وضع تغذیه کودکان زیر شش سال: - برنامه‌های ادغام یافته کودک سالم و مانا - پروژه مداخلات همه جانبه بهبود تغذیه و رشد کودکان در استان‌های محروم - ادغام مراقبت تغذیه‌ای کودکان سالم و مبتلا به سوءتغذیه	۱۳۷۹				- نتایج بررسی تن سنجی کودکان ۱۳۷۷ (ANIS) - گزارش پایلوت طرح مشارکتی کاهش سوءتغذیه در ۳ استان - گزارش عملکرد سالیانه
		۱۳۹۱				پروپوزال اجرای طرح
		۱۳۹۱				راهنمای مراقبت تغذیه‌ای کودک مبتلا به سوءتغذیه شدید، پروپوزال اجرای

۲	برنامه پیشگیری و کنترل کمبود ریزمغذی ها: • برنامه کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبودید • پیمایش ملی تعیین وضعیت ریزمغذی ها در مصرف کنندگان گروه های سنی مختلف • برنامه های مکمل یاری ریزمغذی ها (آهن، مولتی ویتامین، اسید فولیک، ویتامین آ و ویتامین د) در گروه های هدف • پایلوت غنی سازی آرد با ویتامین د • پایلوت غنی سازی میان وعده دانش آموزی با ریزمغذی های آهن و ویتامین آ در سال ۱۳۸۲، پایلوت غنی سازی میان وعده دانش آموزی با ریزمغذی ها روی در سال ۱۳۸۸، پایلوت غنی سازی شیر مدرسه با ویتامین د در سال ۱۳۹۰ و برنامه غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک، پایلوت در سال ۱۳۸۰ و در حال حاضر کشوری.	۱۳۷۰				• گزارش شیوع گواتر ۱۳۶۸ و گزارشات شیوع گواتر و وضعیت نمک های یددار هر ۵ سال (۱۳۷۳، ۱۳۸۰، ۱۳۸۶) • گزارش وضعیت سالیانه ید ادرار دانش آموزان • دستورالعمل اجرایی پایش برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید
۳	برنامه ارتقای سطح سلامت دانش آموزان: • مکمل یاری هفتگی آهن • بررسی اثربخشی برنامه مکمل یاری آهن در دانش آموزان	۱۳۹۰	۱۳۹۰	۱۳۹۰	۱۳۹۱	• پروپوزال طرح پرسشنامه ها، گزارش پیشرفت طرح • پروپوزال اجرای طرح اثربخشی غنی سازی شیر مدرسه با ویتامین «د» • گزارش اولیه طرح • پروپوزال اجرای طرح
		۱۳۸۰	۱۳۸۰	۱۳۸۰	۱۳۸۰	• گزارش بررسی وضعیت ریزمغذی ها ۱۳۸۰ • گزارش پایلوت برنامه آهن یاری در ساوجبلاغ ۱۳۷۹ • گزارش پوشش برنامه در استان های کشور
		۱۳۹۱	۱۳۹۱	۱۳۹۱	۱۳۹۱	• پروپوزال اجرای طرح

۴	• برنامه تغذیه بالینی	۱۳۸۲			• پروتکل استاندارد مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در بیماری‌های شایع
۵	• برنامه سوریلانس غذا و تغذیه	۱۳۸۹			• راهنمای راه‌اندازی سیستم سوریلانس غذا و تغذیه
۶	• ادغام برنامه کنترل و پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در گروه‌های سنی مختلف در نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور	۱۳۹۰			• راهنمای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی • پروپوزال اجرای برنامه در استان‌های پایلوت
۷	• استقرار برنامه جامع اصلاح الگوی مصرف: • اصلاح الگوی مصرف شیر و فرآورده‌های آن، میوه و سبزی • تدوین و توسعه برنامه جامع تولید و ترویج محصولات غذایی حامی سلامت • پروژه آزمایشی کاهش مصرف نمک • برنامه بهبود تغذیه در مراکز جمعی	۱۳۹۰			• پیش‌نویس برنامه پنج ساله اصلاح الگوی مصرف شیر و فرآورده‌های آن • گزارش اولین جشنواره ملی شیر و سلامت • قطعنامه اولین جشنواره ملی شیر و سلامت
		۱۳۹۱			
		۱۳۹۰			• راهنمای حمایت خواهی کاهش مصرف نمک • گزارشات بازنگری استاندارد نمک در محصولات غذایی
		۱۳۸۷			• دستورالعمل تغذیه در مراکز جمعی

۸	برنامه ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه: • اجرای طرح‌های آموزشی ارتقای سطح فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه و کارکنان از طرق مختلف • تقویت و توسعه برنامه‌های هدفمند آموزش تغذیه در رسانه‌های عمومی به ویژه صدا و سیما • استقرار سامانه برنامه‌های دیجیتال آموزش تغذیه	۱۳۷۹			• گزارش ۲ بسیج آموزشی یک هفته‌ای تغذیه در سطح کشور • بسته‌های آموزشی تهیه شده کارگاه‌های آموزشی کارکنان
		۱۳۸۹			• تیزرهای آموزشی و مطالب آموزشی درج شده در جراید
		۱۳۹۰			• نرم‌افزارهای تغذیه‌ای بازی‌های یارانه‌ای
۹	برنامه امنیت غذایی: نقشه آسیب‌پذیری و ناامنی غذایی کشور • مدیریت تغذیه در بحران	۱۳۸۶			• گزارش اولین نقشه آسیب‌پذیری تغذیه‌ای و سامانه ناامنی غذا
					• دستورالعمل اجرایی جزوه آموزشی
۱۰	برنامه بهبود تغذیه میانسالان سالمندان	۱۳۸۸			• راهنمای آموزشی تغذیه میانسالان • فرم ارزیابی وضعیت تغذیه میانسالان • کتاب تغذیه سالمندان
۱۱	برنامه بهبود تغذیه مادران باردار و شیرده	۱۳۸۳			• راهنمای وزن‌گیری مادران باردار • راهنمای نیازهای تغذیه دوران بارداری و شیردهی • گزارش عملکرد توزیع سبد غذایی • تفاهم‌نامه مشترک با بنیاد علوی • گزارش طرح ارزیابی توزیع سبد غذایی

ب) روند تغییرات ردیف‌های بودجه دفتر بهبود تغذیه جامعه (سال ۱۳۹۱-۱۳۸۵)

ردیف ۱۲۹۰۰۰۱۲ برنامه ۳۰۳۲۹ (بیماری‌های خاص، قلبی عروقی و دیابت)		ردیف ۱۲۹۰۰۰۱۰ برنامه ۳۰۳۰۵ (امنیت غذا و تغذیه)		سال
کل بودجه تخصیص یافته به وزارت بهداشت در این ردیف	بودجه تخصیص یافته به دفتر از محل این ردیف	کل بودجه تخصیص یافته به وزارت بهداشت از محل این ردیف	بودجه تخصیص یافته به دفتر از محل این ردیف	
۶۰۰۰	۶۰۰۰	۶۰۰۰	۶۰۰۰	۱۳۸۵
۶۰۰۰	۶۰۰۰	۶۰۰۰	۶۰۰۰	۱۳۸۶
۴۰۰۰	۶۱۰۰	۶۱۰۰	۲۶۱۰۰	۱۳۸۷
۲۹۰۰۰	۶۱۰۰	۶۱۰۰	۲۶۱۰۰	۱۳۸۸
۱۴۵۰۰	۶۹۰۰	۳۰۱۰۰	۱۴۵۰۰	۱۳۸۹
۱۴۵۰۰	۱۳۹۴۶	۳۳۹۶۴	۱۴۵۰۰	۱۳۹۰
۱۵۲۲۵	۱۴۲۲۵	۳۵۶۴۳	۱۵۲۲۵	۱۳۹۱

ج) مداخلات ایمنی غذایی (سازمان غذا و دارو)

● برنامه‌های توسعه‌ای سازمان غذا و دارو در حیطه نظارت بر مواد خوراکی و آشامیدنی:

۱. راه‌اندازی سامانه شبکه ملی پایش غذا
۲. درجه بندی کارخانجات تولیدکننده مواد خوراکی آشامیدنی براساس وضعیت فنی، بهداشتی، تولید و ویژگی‌های محصول نهایی
۳. الصاق برچسب اصالت و سلامت کالا بر روی محصولات خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی وارداتی به جهت مبارزه با قاچاق
۴. کاهش میزان عوامل خطرزای شاخص (آفلاتوکسین سموم آفات نباتی، آلاینده‌های فلزی، هورمون‌ها و آنتی بیوتیک‌ها) در محصولات غذایی و محصولات کشاورزی (گندم، برنج و پسته، محصولات گلخانه‌ای، محصولات لبنی)؛ هدف‌گذاری در این برنامه کاهش در سطح عرضه به میزان ۱۰ درصد

سال پایه تا پایان برنامه است.

۵. راه اندازی برنامه کنترل و پایش محصولات غذایی، آرایشی و بهداشتی در سطح عرضه^۱
۶. انجام طرح های غنی سازی اجباری و اختیاری مواد غذایی و آشامیدنی
- توضیح: هدف گذاری در این حیطه توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه و هماهنگی بخش های مرتبط عبارت است از کاهش شیوع و کمبود ریزمغذی های شایع (ید، آهن، روی و ویتامین های آ و د) در گروه های سنی به میزان ۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه
۷. بهبود نظام ثبت و بررسی گزارشات و شکایات مردمی در خصوص محصولات غذایی و آشامیدنی
۸. ارتقای سطح ایمنی پنج محصول غذایی و آشامیدنی شامل زیتون، فرآورده های گوشتی و لبنی، نان، روغن های خوراکی مصرف خانوار
۹. گسترش واحدهای اطلاع رسانی غذا در دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور

● اهم برنامه های جاری سازمان:

۱. بررسی علمی و صدور مجوزهای بهداشتی برای تولید و واردات مواد خوراکی و آشامیدنی
۲. پایش و کنترل مواد خوراکی آشامیدنی دارای مجوز بهداشتی از سازمان غذا و دارو
۳. آموزش و تشویق استفاده از سیستم های مدیریت ایمنی مواد خوراکی و آشامیدنی
۴. نظارت و پایش بر اجرای سیستم های مدیریت ایمنی در کارخانه های مواد خوراکی و آشامیدنی
۵. بررسی علمی و اعطای گواهی نشان ایمنی و سلامت به محصولات خوراکی آشامیدنی دارای شرایط ویژه
۶. رسیدگی به شکایات مردمی در خصوص محصولات خوراکی و آشامیدنی
۷. پیگیری و انجام اقدامات لازم در خصوص اجرای مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
۸. بررسی و پیشنهاد موارد لازم به منظور دستورکار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۹. ارتقای کیفیت و ایمنی مواد خوراکی آشامیدنی و کاهش عوامل خطرزای آن
۱۰. بررسی علمی در خصوص افزودنی های مواد خوراکی و آشامیدنی و صدور مجوزهای مربوطه
۱۱. ایجاد سیستم اخطار سریع مواد غذایی نا سالم^۲
۱۲. پایش برنامه برچسب گذاری مواد غذایی براساس ضابطه موجود

1. Post Marketing Survey (PMS)
2. Rapid Alert for Food

۸) اسناد بالادستی چگونه از ارتقای تغذیه و امنیت غذایی حمایت می‌کند؟

ردیف	عنوان سند	عبارات
۱	مقام معظم رهبری	• نهضت احیا و گسترش فرهنگ بهداشت و طب پیشگیری را با به کارگیری و بسیج کلیه امکانات موجود آغاز نمایند. • مسأله‌ی سلامت، هم در برنامه‌ی پنجم باید مورد توجه ویژه قرار بگیرد، هم در برنامه‌ریزی‌های گوناگون اجرایی در دستگاه‌های مختلف.
۲	قانون اساسی	• اصل ۳ بند ۱۲) پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه. اصل ۴۳ بند ۱ تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه.
۳	چشم‌انداز ۱۴۰۴	• برخورداری از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع متناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب.
۴	سیاست‌های کلی نظام در چشم‌انداز	• قسمت ب امور اجتماعی، سیاسی، دفاعی بند ۱۲- بهبود کیفیت زندگی، سلامت، امنیت غذایی، تربیت بدنی، رفع فقر و حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر و تحقق عدالت اجتماعی • قسمت ج امور اقتصادی ۳۲- تأمین امنیت غذایی کشور با تأکید بر خودکفایی نسبی در تولید محصولات کشاورزی
۵	سیاست‌های کلی نظام در بخش کشاورزی (مصوبه یازده تیر ۸۴مجمع)	• ماده ۲- تأمین امنیت غذایی با تکیه بر تولید از منابع داخلی و نیل به خودکفایی در محصولات اساسی، ارتقای سطح سلامت مواد غذایی، اصلاح و بهینه نمودن الگوی مصرف و حمایت مؤثر از تولید و صادرات با توجه به مزیت‌های نسبی و خلق مزیت‌های جدید (از جمله هدفمند نمودن یارانه‌ها در جهت تولید و صادرات) • ماده ۷- حمایت مؤثر از ساماندهی فرآیند تولید و اصلاح نظام بازار محصولات کشاورزی با هدف بهبود رابطه مبادله بخش با سایر بخش‌ها، افزایش بهره‌وری، کاهش هزینه‌های تولید، رعایت قیمت تمام شده محصولات اساسی، تأمین: درآمد تولیدکنندگان، منافع مصرف‌کنندگان و بهبود کیفیت مواد و فرآورده‌های غذایی.
۶	شورای عالی اداری	• بند ۱۴) کل نگر، همسوسازی، هماهنگی و تعامل اثربخش دستگاه‌های اداری به منظور تحقق اهداف فرابخشی و چشم‌انداز. سیاست‌های کلی نظام اداری، ابلاغی ۱۳۸۹/۲/۱

۷	سیاست‌های کلی اصلاح الگوی مصرف ابلاغی ۱۳۸۹/۰۴/۱۵ وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱) اصلاح فرهنگ مصرف فردی، اجتماعی و سازمانی، ترویج فرهنگ صرفه‌جویی و قناعت و مقابله با اسراف، تبذیر، ... (۹) اصلاح الگوی مصرف نان کشور از طریق ارتقا و بهبود شرایط و کیفیت فرآورده‌های «تولید و تبدیل گندم به نان» و «مصرف نان»
۸	قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی ۱۳۳۴/۳/۲۹ و اصلاحات بعدی آن
۹	قانون سازمان دامپزشکی کشور مصوب ۱۳۵۰/۳/۲۴ ماده ۱ - به منظور تأمین بهداشت دام کشور و فرآورده‌های مربوط به آن و پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های دامی به موجب این قانون سازمان دامپزشکی کشور وابسته به وزارت کشاورزی تأسیس و جایگزین اداره کل دامپزشکی می‌گردد.
۱۰	قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی ۱۳۷۴/۱۲/۲۷
۱۱	اساسنامه انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور ۱۳۷۰/۸/۱۴ • الف - تعیین خط مشی تحقیقاتی انستیتو با در نظر گرفتن سیاست کلی دولت در امر غذا و تغذیه.
۱۲	قانون تشکیل وزارت جهاد کشاورزی ۱۳۷۹/۱۰/۶ • ماده ۱ - در راستای اصلاح و بهسازی تشکیلات دولت و به منظور فراهم آوردن موجبات توسعه پایدار کشاورزی و منابع طبیعی و افزایش کمی و کیفی محصولات کشاورزی در جهت تأمین امنیت غذایی...
۱۳	قانون نظام صنفی کشور ۱۳۸۲/۱۲/۲۴ • ماده ۱۶ - صاحبان اماکن عمومی به تشخیص مجمع امور صنفی و تصویب کمیسیون نظارت مکلفند: الف - فهرست قیمت غذا و مواد غذایی را که برای مصرف مشتریان ارائه می‌شود در برگه‌های مخصوص تهیه و در دسترس مشتریان قرار دهند و بر مبنای آن صورتحساب به مشتری تسلیم دارند. ب - نرخ اغذیه و مواد غذایی خود را در تابلو مخصوص در محل کسب به قسمی که در معرض دید همگان باشد نصب کنند.
۱۴	قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی ۱۳۸۳/۲/۲۱

• به تولیدکنندگان برتر محصولات غذایی و بهداشتی کشور که در محصولات خود به مفاهیم سلامت و کیفیت فرآورده بیشترین توجه را داشته باشند براساس دستورالعملی که با مشارکت سازمان ملی استاندارد ایران و تحقیقات صنعتی ایران، سازمان حمایت مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می‌گردد، نشان ایمنی و سلامت اعطا می‌گردد. • کلیه دستگاه‌های اجرایی مشمول ماده (۱۶۰) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳. موظفند در تهیه مواد غذایی عرضه شده در واحدهای غذاخوری تحت پوشش خود، فقط از روغن‌های دارای نشان استاندارد یا روغن‌های با اسیدچرب ترانس پایین‌تر از ده درصد (۱۰٪) و همچنین از نمک‌های یددار تصفیه شده استفاده نمایند و تهیه غذا با ویژگی‌هایی غیر از این ممنوع می‌باشد. به منظور اطمینان از سلامت سایر مواد غذایی عرضه شده در دستگاه‌های اجرایی مذکور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است دستورالعملی را با تأکید بر سلامت غذا و تعادل ترکیب غذای عرضه شده تهیه نماید.	تصویب نامه اعطای نشان ایمنی و سلامتیبه تولیدکنندگان برتر محصولات غذایی و بهداشتی کشور شماره ۱۶۱۵۶۲ مورخ ۱۳۸۶/۵/۸	۱۵
• مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی از سال ۱۳۸۴-۱۳۹۰		۱۶
• تعیین و اعلام استانداردهای مربوط به: الف- خدمات بهداشتی، درمانی، بهزیستی و دارویی ب- مواد دارویی، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی، آزمایشگاهی، تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توانبخشی ج- بهداشت کلیه مؤسسات خدماتی و تولیدی مربوط به خدمات و مواد مذکور در فوق • صدور، تمدید و لغو موقت یا دائم پروانه‌های. • الف- مؤسسات پزشکی، دارویی، بهزیستی و کارگاه‌ها و مؤسسات تولید مواد خوراکی و آشامیدنی و بهداشتی و آرایشی • تعیین ضوابط مربوط به ورود، ساخت، نگهداری، صدور، مصرف و انهدام مواد اولیه بیولوژیک مخدر، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی، آزمایشگاهی و فرآورده‌های دارویی و تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توانبخشی و نیز ارزشیابی، نظارت و کنترل ضوابط مذکور	قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۶۷/۳/۳	۱۷
قانون هدفمند کردن یارانه‌ها ۱۳۸۷/۱۰/۹ و آیین‌نامه‌های اجرایی آن • ماده ۴- ... هدفمند کردن یارانه گندم، برنج، روغن، شیر، شکر،... • ماده ۵- پرداخت یارانه آرد و نان را به میزانی که در لایحه بودجه سالیانه مشخص می‌شود... • ماده ۶- ... سیاست‌های تشویقی و حمایتی لازم را برای ایجاد و گسترش واحدهای تولید نان صنعتی...		۱۸

۱۹	سند نقشه جامع علمی کشور اسفند ماه ۱۳۸۹	• اولویت‌های علم و فن‌آوری کشور: الف) استفاده از الگوهای تغذیه بومی ب) فن‌آوری تغذیه ج) ایمنی غذایی و امنیت غذایی • اقدام ملی ۸ در راهبرد کلان (۷) حمایت از حوزه‌های علم و فن‌آوری که برای استقلال کشور و رفع نیازهای اولیه جامعه شامل فرهنگ، سلامت، غذا، مسکن، اشتغال و ازدواج ضروری‌اند. • اقدام ملی ۱ در راهبرد (۱۱) توسعه آموزش‌ها و پژوهش‌های حوزه تغذیه و پیشگیری، به منظور بهره‌مندی از مواد غذایی سالم و حفظ سلامت جامعه
۲۰	سند نقشه علمی سلامت اردیبهشت ۱۳۹۰	• تدوین استانداردها و اعمال آن در خصوص سلامت مواد غذایی (از تولید تا مصرف) و خدمات سلامت در سطح ملی، به عنوان یکی از الزاماتی که برای تحقق اهداف این نقشه می‌بایست توسط دولت و سایر سازمان‌ها و نهادهای خارج از نظام سلامت انجام پذیرد شناخته شده است.

نقشه تحول نظام سلامت تصویب نامه شماره ۱۰۳۶۲/ت ۴۷۹۷۱ مورخ ۱۳۹۱/۱/۲۶

هدف کلان (۱۲) کاهش ناامنی غذایی خانوار

سیاست (۹) تأمین حق مردم در بهره‌مندی عادلانه از سبد غذایی و آشامیدنی مطلوب و مکفی

برنامه‌های ملی:

- استقرار شبکه ملی آزمایشگاه‌های کشور: هم‌افزایی تجهیزات و ظرفیت‌های شبکه‌های آزمایشگاه‌های تحقیقاتی، کنترل دارو و غذا، ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و سازمان انتقال خون
- یکپارچگی سیاست‌گذاری، تولید و برنامه‌ریزی برای امنیت غذا و تغذیه و تأمین ایمنی غذا و تعیین استانداردهای مربوطه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:
- اجرای برنامه ملی ایمنی غذا از مزرعه تا سفره، فراهمی امکان توزیع عادلانه سبد غذایی مطلوب و مواد غذایی سالم برای برخورداری تمامی افراد جامعه از غذای مناسب و کافی، سازماندهی سیستم نظارت بر واردات، مراکز تولید، تهیه، نگهداری، توزیع و حمل و نقل مواد خوراکی و آشامیدنی، نظارت بر روند پایش و کنترل قیمت مواد غذایی اساسی، ایجاد و تقویت سیستم خوداظهاری جهت نظارت بر مراکز عرضه مواد خوراکی و آشامیدنی و ارتقای برچسب‌گذاری مواد غذایی و آشامیدنی با تأکید بر میزان قند، نمک و چربی فرآورده‌ها) براساس استاندارد اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- طرح جامع ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای: ارتقای سطح فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه و کارکنان از طرق مختلف، تقویت و توسعه برنامه‌های هدفمند آموزش تغذیه در رسانه‌های عمومی به ویژه صدا و سیما و گنجاندن آموزش تغذیه در آموزش و پرورش و آموزش عالی و تعیین حداقل دانش مورد انتظار به تفکیک هر یک از مقاطع تحصیلی
- طراحی و پیاده‌سازی طرح جامع بهینه‌سازی و ارتقای استانداردهای فرآورده‌ها و محصولات غذایی و آشامیدنی: بازسازی یا جایگزینی تجهیزات فرسوده و استفاده از فن‌آوری‌های نوین، ارتقای کیفیت استانداردهای بومی مواد خوراکی و آشامیدنی بر مبنای استانداردهای بین‌المللی، توسعه روش‌های زیست فناوری در تولید مواد غذایی، غنی‌سازی فرآورده‌ها و اجزای زنجیره تولید غذا مانند خاک کشاورزی با ریزمغذی‌ها، غنی‌سازی مواد غذایی با ریزمغذی‌ها، طرح تولید غذاهای فراسودمند و حمایت از تولید مواد غذایی ارگانیک
- بومی‌سازی سبد غذایی مطلوب: مطالعه و شناسایی غذاهای سنتی و تعیین ارزش تغذیه‌ای آنها به منظور ترویج غذاهای سنتی سالم و دارای ارزش تغذیه‌ای در منطقه و ترویج استفاده از مواد غذایی و آشامیدنی با منشاء طبیعی
- ارتقای کنترل و پایش مواد غذایی و آشامیدنی: اعطای نشان ایمنی و سلامت محصولات غذایی و آشامیدنی، درجه بندی واحدهای تولیدی مواد غذایی و آشامیدنی و ارتقای استاندارد آب آشامیدنی سالم
- کنترل و پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در گروه‌های مختلف، گسترش مصرف انواع محصولات غذایی کم چرب و کم کالری، توسعه و حمایت از تولیدکنندگان و عرضه‌کنندگان مواد غذایی و آشامیدنی که حامی سلامت هستند، جلب مشارکت نهادهای مؤثر در استقرار نظام مراقبت بخشی و بین‌بخشی و ترسیم نقشه آسیب‌پذیری و ناامنی غذایی کشور و استقرار نظام پایش ناامنی غذایی

قانون برنامه پنجم توسعه • ماده ۳۲- الف- فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، ماده ۳۴- د- تعیین فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب برای گروه‌های سنی مختلف • ماده ۳۴- و- تعیین مقدار مصرف مجاز سموم و کودهای شیمیایی برای تولید محصولات باغی و کشاورزی، ماده ۳۷- الف- تهیه فهرست اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت • ماده ۳۷- الف- ممنوعیت و مجازات تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت، • ماده ۳۸- ح- به منظور ارتقای شاخص‌های سلامت و بهداشت در تولید و عرضه مواد غذایی و کاهش تصدیهای دولت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان سیاست‌گذار و ناظر عالی سلامت در کشور، اجرای نظام نظارت و بیمه اجباری تضمین کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی در اماکن مربوط و توسعه فروشگاه‌های زنجیره‌ای مواد غذایی • ماده ۱۴۳- حفظ ظرفیت تولید و نیل به خودکفایی در تولید محصولات اساسی کشاورزی و دامی، اصلاح الگوی مصرف بر اساس استانداردهای تغذیه و فراهم نمودن زیرساخت‌های امنیت غذایی • ماده ۱۴۵- به منظور اقتصادی و رقابتی نمودن تولید و افزایش صادرات محصولات کشاورزی... • ماده ۱۴۹- دولت مجاز است با هدف تأمین امنیت غذایی اقدامات زیر را انجام دهد: الف- حمایت مالی از توسعه کشتارگاه‌های صنعتی و بهبود کشتارگاه‌های سنتی و نیمه صنعتی ب- ارتقای سطح کلی حمایت از کشاورزی به حداقل سی و پنج درصد (۳۵٪) ارزش تولید این بخش ج- حمایت از افزایش تولید پروتئین حیوانی حاصل از انواع دام، طیور و آبزیان تبصره ۱-... سامانه هوشمند مراقبت بیماری‌های دامی و هویت‌دار نمودن جمعیت دامی کشور تبصره ۲- دولت برنامه تأمین سلامت غذا از مزرعه تا سفره را طی سال اول برنامه تصویب و اقدامات قانونی لازم برای اجرای آن را به عمل آورد.	اهداف کمی راهبردی: کاهش میزان عوامل خطرزای شاخص (آفلاتوکسین سموم آفات نباتی و آلاینده‌های فلزی هورمون‌ها و آنتی‌بیوتیک‌ها) در محصولات کشاورزی (گندم، برنج و پسته) و محصولات گلخانه‌ای و لبنی در سطح عرضه به میزان ۱۰٪ سال پایه تا پایان برنامه ارتقای سطح ایمنی ۸ محصول غذایی و آشامیدنی (زیتون، فرآورده‌های گوشتی، فرآورده‌های لبنی، نان، روغن‌های خوراکی مصرف خانوار، کباب کوبیده، سالاد فصل، بستنی سنتی) به میزان ۵۰٪ سال پایه تا پایان برنامه ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای گروه‌های هدف به میزان ۱۰ درصد وضع موجود افزایش میانگین دریافت روزانه میوه‌ها، سبزی‌ها، شیر و لبنیات در خانواده‌ها به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه کاهش میزان نمک، قندهای ساده، روغن و چربی موجود در فرآورده‌های غذایی و آشامیدنی به میزان ۱۵٪ سال پایه تا پایان برنامه کاهش شیوع سوءتغذیه در گروه‌های آسیب‌پذیر (کودکان، نوجوانان، زنان باردار، میانسالان و سالمندان) به میزان ۱۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه کاهش شیوع کمبود ریزمغذی‌های شایع (ید، آهن، روی، ویتامین د و ویتامین آ) در گروه‌های سنی به میزان ۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه بسته اجرایی (۶) ارتقای امنیت غذا و تغذیه با محوریت اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت غذایی
--	---

۲۴	سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها	بر طبق بند اول ماده ۱ سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها، دسترسی همه افراد جامعه به حداقل نیازهای اساسی یک حق همگانی است و تأمین این حق بر عهده دولت است. - لازم به ذکر است بند اول ماده ۴ که شامل اهداف کیفی سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها می‌باشد به بهبود وضعیت تغذیه پرداخته که حاکی از اهمیت این مقوله (امنیت غذایی) است.
۲۵	آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی	بر طبق بند پ ماده ۱ آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی فقر شدید، وضعیتی است که در آن اگر تمامی درآمد خانوار صرف تهیه غذا شود سرپرست خانوار قادر به تأمین (۲۰۰۰) کیلو کالری انرژی مورد نیاز روزانه برای هر فرد بر مبنای سبد مطلوب غذایی نباشد. ماده ۲ بند چ- جمعیت هدف تحت پوشش این آیین‌نامه به سه گروه درآمدی زیر طبقه‌بندی می‌شوند: گروه اول جمعیت زیر خط فقر شدید گروه دوم جمعیت مابین خط فقر شدید و خط فقر مطلق گروه سوم جمعیت بالاتر از خط فقر مطلق تبصره ۱ - برای گروه‌های اول و دوم اقدامات جبرانی و برای گروه سوم اقدامات ارتقایی و پیشگیرانه انجام می‌گیرد.
۲۶	قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	- ماده ۱۰: اتخاذ سیاست‌های یارانه‌ای در چارچوب قانون و براساس سیاست‌های کلی نظام، به منظور هدفمند کردن یارانه‌ها، با استفاده از نظام‌های جامع اطلاعاتی و منسجم کشور مانند طرح کد ملی و یا نظام مالیاتی کشور، صورت می‌گیرد، به نحوی که به تدریج یارانه اعطایی به خانواده‌های پردرآمد، کاهش یافته و یا حذف گردد و میزان یارانه اعطایی به خانواده‌های کم درآمد، افزایش یابد. منابع حاصل از حذف یا کاهش یارانه خانواده‌های پردرآمد، برای تأمین منابع مورد نیاز نظام جامع تأمین اجتماعی، منظور خواهد شد. - ماده ۱۶، بند «ط»: ساماندهی و مدیریت اجرایی نظام هدفمند یارانه‌های اجتماعی و جهت‌دهی آن به سوی افراد و خانواده‌های نیازمند با رویکرد خود اتکایی و اشتغال در چارچوب قانونی و سیاست‌های کلی نظام، بر عهده دولت می‌باشد.
۲۷		سند ملی توسعه فرابخشی امنیت غذا و تغذیه برنامه چهارم

۹) وضعیت نظام مدیریت تغذیه و امنیت غذایی چگونه است؟

تولیت (برنامه، هماهنگی درون بخشی، جلب حمایت، نظارت و مقررات، حقوق بیمار، همکاری بین بخشی و مشارکت مردم)	
ضعف‌ها (فرصت‌های بهبود)	قوت‌ها
نبود نظام استقرار و پایش برنامه‌ها ی مصوب بین بخشی، ضعف در ضمانت اجرایی برای قوانین موجود و نظارت بر اجرای قوانین، ضعف هماهنگی درون بخشی و همچنین همکاری برون بخشی، نبود سیستم پایش مستمر (سورویلانس) غذا و تغذیه، ضعف مشارکت مردم در ارتقای تغذیه و امنیت غذایی، نبود ساختار مناسب دفتر بهبود تغذیه جامعه، کم‌رنگ بودن نظارت بر سلامت تغذیه‌ای گروه‌های ویژه دانش آموزی، دانشجویان، مهدهای کودک، سربازخانه‌ها، زندان‌ها و ...، وجود حلقه‌های همپوشانی و یا فاقد مسئولیت در نظارت بر کیفیت مواد غذایی، وجود کانون‌های متعدد و ناهماهنگ مسئول در نظارت بر غذا و تغذیه، بی‌توجهی به تغذیه در مکان‌های عمومی ادارات، کارخانه‌ها و رستوران‌ها.	وجود شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و کارگروه‌های تخصصی متناظر در استان، وجود قوانین، مقررات و مستندات مرتبط با امنیت غذا و تغذیه در سند چشم‌انداز، برنامه‌های پنج‌ساله توسعه، نقشه نظام سلامت، امکان استفاده از تجارب و همکاری سازمان‌های بین‌المللی
منابع (تأمین مالی، نیروی انسانی، اطلاعات، دارو)	
ضعف‌ها (فرصت‌های بهبود)	قوت‌ها
کافی نبودن بودجه‌های تخصیص یافته (یا بودجه‌ها کم است یا در جاهای دیگر هزینه می‌شود)، کمبود نیروی انسانی کافی (دفتر بهبود تغذیه جامعه) در ستاد وزارت بهداشت، مراکز بهداشت استان و شهرستان‌ها و نبود سیستم یکپارچه جمع‌آوری اطلاعات غذا و تغذیه	وجود ردیف بودجه‌ای مشخص امنیت غذا و تغذیه، وجود دانشکده‌های تغذیه در دانشگاه‌های کشور و انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور به منظور تربیت نیروی متخصص، وجود نقشه امنیت غذایی و آسیب‌پذیری تغذیه‌ای در کشور، اجرای طرح پزشک خانواده و تعریف جایگاه کارشناس تغذیه در تیم سلامت، وجود صاحب‌نظران در علم تغذیه و امکان بهره‌گیری از تجارب و نظرات آنان
ارائه خدمات (ارتقای سلامت، پیشگیری، درمان و بازتوانی)	
ضعف‌ها (فرصت‌های بهبود)	قوت‌ها
نبود کارشناس تغذیه در سطوح محیطی برای ارائه خدمات مشاوره، نبود مباحث مدون در کتب آموزشی در سطوح مدرسه و دانشگاه، نبود ساختار مناسب تغذیه در بیمارستان‌ها، پایین بودن اهمیت سهم برنامه‌های امنیت غذا و تغذیه از کل برنامه‌های سلامت نبود بستر مناسب اجرایی تغذیه در سطوح ملی، استانی و شهرستان	وجود تجربه‌های موفق در زمینه کاهش سوءتغذیه (کاهش ۵۰ درصدی سوءتغذیه کودکان با اجرای برنامه‌های مداخله‌ای بین بخشی تغذیه کودکان)، وجود تجربه موفق در حذف اختلالات ناشی از کمبود ید (کاهش شیوع گواتر از ۶۹٪ در سال ۱۳۶۸ به ۴/۸٪ در سال ۱۳۸۶ به واسطه اجرای برنامه یددار کردن نمک)، کاهش کمبود ریزمغذی‌ها با اجرای برنامه‌های مکمل یاری و غنی‌سازی آرد، توسعه برنامه‌های ایمنی غذایی در کشور

تحلیل محیط درونی (قوت‌ها و ضعف‌ها)

محیط نزدیک (ذینفعان درون وزارتی و وزارت خانه های همکار)	
فرصت ها	تهدیدها
وجود سازمان غذا و دارو که می تواند یکپارچگی سیستم کنترل ایمنی غذا را تضمین کند، وجود دفتر سلامت محیط و کار به منظور بازوهای اجرایی برنامه های غذا و تغذیه در محیط، وجود دستورالعمل ها و آیین نامه های نظارتی برای کنترل و بهبود برنامه های غذا و تغذیه، وجود مراکز پژوهشی و آموزشی در زمینه امنیت غذا و تغذیه، توان تولید بالا در کشور	تداخل وظایف در حیطه های غذا و تغذیه و نظارت بر آن (همپوشانی وظایف و یا اختلاف در تفسیر قانون مربوط به وظایف سازمان ملی استاندارد برای ارائه مجوزهای بهداشتی به غذاهای وارداتی)، نظارت ناکافی در حیطه های ایمنی غذایی، همسو نبودن سیاست ها در امر غذا و تغذیه (سازمان غذا و دارو به محصولات غذایی مجوز می دهد که تهدیدکننده سلامتی هستند)، نبود زمینه های مناسب برای فرهنگ سازی به ویژه در رسانه ملی (تبلیغ مواد غذایی تهدیدکننده سلامت بدون محدودیت)، نبود هماهنگی کافی بین بخش های تولید غذا و متولیان سلامت، روشن نبودن سیاست های کلان غذایی در کشور (تولید، توزیع و مصرف) ناهماهنگی وزارت صنعت، معدن و تجارت با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اعطای مجوز تأسیس کارخانه مواد غذایی (صدور مجوز توسط سازمان غذا و دارو زمانی انجام می شود که کارخانه موافقت اصولی را از وزارت صنعت، معدن و تجارت دریافت و سرمایه گذاری کرده است و در آخرین مرحله برای اخذ مجوز تولید به سازمان غذا و دارو مراجعه می کند)
محیط دور (عوامل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فناوری، بین المللی و محیط زیست)	
فرصت ها	تهدیدها
توجه به موضوع امنیت غذا و تغذیه در قوانین کشور، وجود منابع مالی کافی برای تأمین امنیت غذا و تغذیه، رشد فن آوری های غذا تغذیه در جهان، وجود منابع طبیعی برای تأمین امنیت غذا و تغذیه	ناکافی بودن حمایت های سیاسی در بهبود امنیت غذا و تغذیه، اثرات منفی تحریم های بین المللی بر واردات غذا، هدفمندی یارانه ها و اثرات آنها بر نرخ تورم و قیمت ها و تأثیر آن در وضعیت تغذیه و امنیت غذایی، یارانه های غذایی غیر هدفمند و اثرات آن بر تغذیه خانوار، افزایش خانوارهای در محدوده و زیر خط فقر و اثرات آن بر تغذیه خانوار، آلودگی محیط زیست و تغییرات محیطی شامل خشکسالی، طوفان شن و سیل و اثر آن بر محصولات کشاورزی، رشد آسیب های اجتماعی و تأثیر آن بر تغذیه افراد و خانوارها، حاشیه نشینی و اسکان غیررسمی

۱۰) خلاصه بخش شناخت

با توجه به اطلاعات مندرج در بخش‌های نه گانه پیش گفت وضع موجود به طور خلاصه در زیر تشریح می‌شود، این خلاصه مبنای تدوین جهت‌گیری‌های سند ملی تغذیه و امنیت غذا قرار می‌گیرد:

۱. براساس آخرین تعریف سازمان جهانی بهداشت و FAO امنیت غذایی عبارت است از: «دسترسی اقتصادی و فیزیکی همه مردم در تمام اوقات به غذای کافی، سالم با مطلوبیت اجتماعی و فرهنگی و بهره‌مندی تمام سلول‌ها از مواد مغذی کافی برای دستیابی به زندگی سالم و فعال» براساس این تعریف و نقشه جهانی امنیت غذایی کشورها که در سال ۲۰۰۸ منتشر شد و در تقسیم‌بندی آن کشورها در طیف بسیار پرخطر، پرخطر، با خطر متوسط و کم خطر قرار گرفتند، ایران در وضعیت پرخطر (High Risk) قرار دارد.

۲. دستاوردهای نظام امنیت غذا و تغذیه در کشور علاوه بر ایجاد و توسعه زیر ساخت‌های مدیریتی مرتبط در وزارت خانه‌ها و سازمان‌های اصلی مسئول در زنجیره غذا و همچنین وجود قوانین و مقررات مصوب و برنامه‌های ملی عبارت است از: کاهش ۵۰ درصدی سوء تغذیه کودکان با اجرای برنامه‌های مداخله‌ای بین‌بخشی بهبود تغذیه کودکان، تجربه موفق در حذف اختلالات ناشی از کمبود ید و کاهش شیوع گواتر از ۶۹٪ در سال ۱۳۶۸ به ۴/۸٪ در سال ۱۳۸۶ به واسطه اجرای برنامه یددار کردن نمک، بهبود شاخص تولید غذا و توزیع جغرافیایی آن، بهبود مراقبت‌های زنان باردار و کودکان، بهبود دسترسی به آب آشامیدنی سالم و تغذیه با شیرمادر که در بهبود شاخص تولد نوزاد کم وزن و کاهش بیماری‌های کودکان مؤثر بوده است. در این زمینه تأثیر کاهش اختلاف سواد زنان و مردان بعد از انقلاب و افزایش سواد زنان را در ارتقای سلامت افراد خانواده نباید از نظر دور داشت.

۳. افزایش متوسط هزینه خوراکی خانوار، کاهش کالری دریافتی در جامعه روستایی به ویژه در دهک‌های پایین درآمدی در طول دهه گذشته، افزایش شدید کالری دریافتی در دهک‌های بالای درآمدی به ویژه در جامعه شهری و ناترازی دریافت کالری در خانوارهای کشور که عوارض بیش‌خواری و کمبود دریافت مواد مغذی را در پی دارد. زیادی میزان مصرف نوشابه‌های گازدار و نمک در کل کشور و همچنین زیادی مصرف هله هوله، کنسرو، غذاهای غیرخانگی و فست فود در شهرهای بزرگ، کمی میزان مصرف ماهی، سبزی و میوه تازه و شیر و لبنیات همگی در روند افزایشی اضافه وزن و چاقی افراد جامعه و بیماری‌های غیرواگیر متعاقب آن به ویژه سکت‌های قلبی و مغزی، فشارخون، دیابت

و سرطان‌ها و پوکی استخوان مؤثرند.

۴. در مطالعه تعیین سبب غذایی مطلوب در سال ۱۳۹۱ الگوی مصرف مواد غذایی نشان داده است که مصرف شیر و مواد لبنی، سبزی و میوه کمتر و مصرف قند، چربی و روغن زیادتر از میزان‌های توصیه شده در سبب غذایی مطلوب بوده است.

۵. با این که کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی در کودکان زیر پنج سال در سه دهه گذشته روند رو به بهبودی داشته است اما اعداد فعلی مطلوب کشور نیست و با وجود روند بهبودی در کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی کودکان زیر ۵ سال در کل کشور، هم چنان در مناطق محروم، میزان شیوع سوء تغذیه کودکان بیش از ۳ برابر متوسط کشوری است، وضعیت ریز مغذی‌ها هم مطلوب نبوده به طوری که در زنان باردار کمبود روی (۳۹٪)، کم خونی (۲۱،۴٪)، کمبود ویتامین آ (۱۶٪) کمبود ویتامین د از نوع حاشیه‌ای متوسط و شدید (۵۶،۵٪)، و در کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه کمبود شدید ویتامین آ (۲٪) و کمبود شدید ویتامین د (۴٪) می باشد.

۶. قرار گرفتن تقریباً نصف استان‌های کشور در طیف نسبتاً ناامن غذایی تا بسیار ناامن غذایی هشدار می‌دهد. برای بهبود وضعیت امنیت غذایی کشور آن هم با رعایت عدالت در دسترسی و بهره‌مندی خانوارها است. این داده‌ها با نقشه جهانی منتشر شده در سال ۲۰۰۸ تا حد زیادی تطابق دارد و نیازمند عزمی منسجم و هماهنگ در سطح ملی است تا بتوان وضعیت امنیت غذایی را بهبود بخشید.

۷. با این که اولین مطالعه ملی در زمینه سواد تغذیه‌ای مردم کشور در سال ۱۳۹۰ انجام شده است و مبنای مقایسه‌ای وجود ندارد اما وضعیت توصیف شده در این مطالعه نشان می‌دهد که میزان سواد تغذیه‌ای مردم با جایگاه مطلوب فاصله زیادی دارد و یکی از اولویت‌های زیرساختی برای بهبود امنیت غذا و تغذیه سرمایه‌گذاری در ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای مردم است، مطالعات پراکنده‌ای در زمینه آگاهی و دانش تغذیه‌ای افراد مسئول در تولید و عرضه عمومی مواد غذایی وجود دارد و جای یک مطالعه ملی در این زمینه خالی است. مطابق اولین مطالعه ملی لازم است مداخلات ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای (به معنای آگاهی، نگرش و تغییر رفتار) با محوریت معرفی هرم غذایی، رهنمودهای غذایی ایران، اصلاح عادات و رفتارهای تغذیه‌ای به کار گرفته شود.

۸. مرور مطالعه در مورد تعیین سبب مطلوب غذایی در کشور این نکته را آشکار می‌کند که این مطالعه باید در دوره‌های پنج ساله تکرار شود و نتایج آن برای برنامه‌ریزی‌های ملی غذا ارائه گردد، به کارگیری

- نتایج این تحقیق باید دارای ضمانت و پاسخگویی در دستگاه‌های مسئول باشد.
۹. مرور برنامه‌های جاری دفتر بهبود تغذیه جامعه نشان می‌دهد که حجم اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی نسبت به واحدهای دیگر مطلوب بوده و می‌توان تدوین یا بازنگری و استقرار برنامه‌های جدید را در اولویت قرار داد. یکی دیگر از فرصت‌های بهبود برنامه‌های سلامت و تغذیه در دفتر مذکور طراحی و بازبینی برنامه‌ها منطبق با استانداردهای برنامه‌های سلامت^۱ است. ولی یک چالش مهم اقدامات موازی سازمان غذا و دارو با این دفتر است. مقایسه پازل برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه با برنامه‌های فعلی دفتر جای خالی برنامه‌ها و نظام‌های زیر را متذکر می‌شود:
 - نظام تضمین و اطمینان از تأمین پایدار غذای سالم برای گروه‌های سنی و همچنین ایمنی غذایی در فرآیند تولید و عرضه
 - نظام همکاری درون بخشی در زمینه کاهش بیماری‌های مرتبط با تغذیه و تأمین سلامت تغذیه‌ای از آغاز زندگی با سایر واحدهای همکار
 - نظام تدوین و بازنگری سیاست‌ها و راهنماهای غذا و تغذیه برای گروه‌ها و موقعیت‌های مختلف
 - ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای فعالان تولید و عرضه غذا
 - نظارت بر خدمات تغذیه در بیمارستان‌ها و مدیریت تغذیه در بحران‌ها ۱۰. تحلیل برنامه‌های موجود سازمان غذا و دارو، سازمان ملی استاندارد و مرکز سلامت محیط و کار معاونت بهداشت نشان می‌دهد که هم‌پوشانی‌های وظیفه‌ای درتولی‌گری نظارت و کنترل یکپارچه برای ایمنی غذایی از تولید تا عرضه وجود دارد که در نهایت موجب اتلاف منابع و کاهش کیفیت نظارت است.
 ۱۱. مرور اسناد بالادستی این نکته را آشکار می‌سازد که به اندازه کافی مجوز قانونی و برنامه‌های ملی برای ورود جدی به عملیات بهبود امنیت غذا و تغذیه در کشور وجود دارد: قانون ماده ۱۳ مواد خوردنی آشامیدنی و آرایشی بهداشتی، بند ۲۰ ماده ۵۵ قانون شهرداری‌ها تبصره دوم ماده ۱۴۹ قانون برنامه پنجم توسعه، سیاست شماره ۹ نقشه تحول نظام سلامت مبنی بر تأمین حق مردم در بهره‌مندی عادلانه از سبد غذایی و آشامیدنی مطلوب و مکفی و همچنین اولویت‌های علم و فن‌آوری کشور در نقشه جامع علمی کشور در توسعه آموزش‌ها و پژوهش‌های حوزه تغذیه و پیشگیری، به منظور بهره‌مندی از مواد غذایی سالم و حفظ سلامت جامعه تدوین شده است، در این ارتباط ایجاد ستاد

1. Health Program

برنامه‌ریزی و پایش عملیاتی از نوع بین‌بخشی لازم است.

۱۲. تحلیل محیطی نظام مدیریت تغذیه و امنیت غذایی کشور نشان می‌دهد که در محیط درونی نقاط قوت برجسته‌تر از نقاط ضعف آن است (تولیت، منابع و ارائه خدمات) اما در محیط بیرونی عوامل کلان مؤثر بر وضعیت غذا و تغذیه از جمله عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فن‌آوری، بین‌المللی و محیط زیست در مجموع به عنوان یک تهدید محسوب می‌شود، در چنین شرایطی و با فرض ثابت ماندن عوامل اثرگذار، راهبردهای حفظ و نگهداری در حوزه امنیت غذا و تغذیه توصیه می‌شود اما در صورت عزم ملی و حمایت سیاست‌گذاران ارشد (برای کنترل عوامل سطح کلان) و همچنین همکاری برون‌بخشی در سطح میانی (همدلی و هم‌افزایی دستگاه‌های اصلی در تغذیه و امنیت غذایی) به کارگیری راهبردهای توسعه‌ای امیدوارکننده است.

۱۳. مرور وظایف نظارتی سه دستگاه اصلی شامل سازمان غذا و دارو، مرکز سلامت محیط و کار و سازمان ملی استاندارد نشان می‌دهد در حال حاضر هم‌پوشانی وظایف در سطح نظارت وجود دارد و نیازمند رفع تضاد است در این مورد توجه به قوانین مصوب و ظرفیت‌های عملیاتی نظارت در هر دستگاه (به عنوان نمونه وجود شورای عالی استاندارد کشور در سازمان ملی استاندارد و ظرفیت‌های علمی دانشگاهی در سازمان غذا و دارو) معیارهای قضاوت است هر چند که نظارت‌های متعدد در سطوح مختلف و در بخش‌های مختلف یک سطح مشخص، به شرط هم‌افزایی و صرف بهینه منابع بلامانع است، یکی از فرصت‌های بهبود نظام نظارت، مشارکت اصناف و سندیکا‌های مرتبط در زنجیره غذا است.

۱۴. چالش هم‌پوشانی وظایف بین سازمان ملی استاندارد با سازمان غذا و دارو همچنین مرکز سلامت محیط و کار با سازمان غذا و دارو در نظارت بر عرضه باید رفع شود و متولی نظارت بر محصولات فله‌ای به درستی مشخص شود.

۱۵. لازم است مراکز امور فرهنگی آداب و میراث پزشکی به جهت شناخت حمایت و مصرف غذاهای بومی و سنتی در کشور فعالیت کرده تا از سوءاستفاده‌های احتمالی و برخی گمراهی‌های عمومی جلوگیری شود، در همین راستا معارف و آموزه‌های غذایی در قرآن مجید احصا و ترویج شود.

۱۶. با توجه به مصادیق قانونی ذکر شده در سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور و با عنایت به این موضوع که پس از اجرای قانون هدفمندسازی یارانه‌ها، ایجاد تورم و از بین رفتن سیاست جبرانی

غذای ارزان، اقشار آسیب‌پذیر و محروم جامعه، بیش از پیش به لحاظ وضعیت معیشتی و بویژه تغذیه در معرض آسیب قرار دارند؛ بنابراین طبق بند دوم سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها، می‌بایست در طراحی برنامه‌ها و سیاست‌های اقتصادی، تأثیرات ناشی از اجرا بر رفاه آحاد کشور نیز مدنظر قرار گرفته و هزینه‌های جبرانی آثار سوء سیاست‌ها و برنامه‌های اقتصادی بر رفاه مردم از منابع اجرای همان سیاست‌ها و برنامه‌های اقتصادی تأمین شود. بنابراین لازم است که طرح‌های پراکنده کاهش فقر غذایی خانواده‌های کم‌درآمد که تا پیش از اجرای قانون هدفمندسازی یارانه‌ها و تورم ناشی از آن، تا حدودی جوابگوی نیاز اقشار محروم جامعه بود؛ تبدیل به برنامه‌ای مدون با عنوان «برنامه امنیت غذایی» گردد و در بودجه سالانه کشور، ردیفی با عنوان «ردیف امنیت غذایی» ایجاد شود تا اثربخشی طرح‌های امنیت غذایی بیش از پیش شده و گامی مؤثر در راستای تأمین اهداف نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران جهت خدمت‌رسانی به اقشار محروم جامعه باشد.

جدول خلاصه بخش شناخت سند ملی تغذیه و امنیت غذایی	
نش نقطه تمرکز در بهبود شاخص‌های سطح اثر نهایی تغذیه و امنیت غذایی	
۱.	نیاز به بهبود شاخص‌های سوء تغذیه (کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی کودکان زیر ۵ سال)
۲.	نیاز به بهبود وضعیت ریز مغذی‌ها در گروه‌های آسیب‌پذیر شامل زنان سنین باروری، ویژه زنان باردار، کودکان زیر ۵ سال، نوجوانان در سنین بلوغ و سالمندان
۳.	نیاز به بهبود شاخص اضافه وزن و چاقی در گروه‌های سنی مختلف
۴.	نیاز به بهبود شاخص بیماری‌های غیرواگیر مرتبط با تغذیه (برخی سرطان‌ها، سکت‌های قلبی، مغزی، فشار خون و دیابت)
۵.	نیاز به بهبود دسترسی عادلانه به اقلام غذایی اصلی (بهبود دسترسی دهک‌های پایین درآمدی و نقاط جغرافیایی مشخص)
۶.	اقدام عاجل برای استان‌هایی که در طیف نسبتاً ناامن تا بسیار ناامن غذایی قرار دارند (هرمزگان، کهکویه و بویراحمد، سیستان و بلوچستان به عنوان اولویت‌دارترین، خوزستان، کرمان، ایلام، بوشهر به عنوان استان‌های اولویت دوم، اردبیل، چهارمحال و بختیاری، فارس، کرمانشاه، کردستان، لرستان و خراسان جنوبی به عنوان استان‌های اولویت‌دار سوم)

حوزه‌ها	نقاط تمرکز در سه حوزه پيامدی از امنیت غذا و تغذیه	
تأمین پایدار غذا (Sustainable Food Supply)	۱. تناسب حجم تولید اقلام اصلی غذایی با سبد غذایی مطلوب ۲. تولید محصولات کشاورزی خام (محصول زراعی، دام و طیور و شیلات) و فرآوری شده با بیشترین ایمنی و ارزش غذایی ۳. نیاز به ارتقای دانش تغذیه‌ای کلیه فعالان زنجیره غذا در کشور شامل کشاورزان و دامداران، فرآوری‌کنندگان غذا، توزیع‌کنندگان، عرضه‌کنندگان غذای آماده، خرده‌فروشی مواد غذایی، تبلیغات/ رسانه ۴. توجه به تولید محصولات غذایی حامی سلامت و متناسب با الگوی عوامل خطر بیماری‌ها و بیماری‌های شایع غیرواگیر در کشور ۵. نیاز به بهبود دسترسی و بهره‌مندی عادلانه از غذا (توجه به تأمین دهک‌های اقتصادی پایین و توزیع جغرافیایی عادلانه) ۶. نیاز به پیشگیری و مدیریت عوامل محیط زیستی مؤثر بر کشاورزی ۷. نیاز به تأمین آبیاری سالم زمین‌های زراعی و سبزی کاری در معرض ورود فاضلاب انسانی	تأمین غذای کافی و در دسترس Food availability and Accessability
ایمنی غذایی (Food Safety)	۱. تدوین استانداردها و نظارت بر رعایت آنها با مشارکت کلیه شرکا از جمله اصناف و سندیکاها در کل زنجیره غذا ۲. نیاز به برجسب‌گذاری محصولات غذایی ۳. نیاز به آموزش و تشویق کلیه فعالان سلامت محور در زنجیره غذا و مصرف‌کنندگان ۴. نیاز به ارتقای عرضه غذای سالم و ایمن	بهره‌مندی بدن از غذای خورده شده (Food Utilization)
بهبود تغذیه (Nutrition)	۱. نظام تضمین و اطمینان از تأمین پایدار غذای سالم برای گروه‌های سنی و همچنین ایمنی غذایی در فرآیند تولید و عرضه ۲. نظام همکاری درون بخشی در زمینه کاهش بیماری‌های مرتبط تغذیه و تأمین سلامت تغذیه‌ای آغاز زندگی با سایر واحدهای همکار ۳. نظام تدوین و بازنگری سیاست‌ها و راهنماهای غذا و تغذیه برای گروه‌ها و موقعیت‌های مختلف ۴. ارتقای سواد تغذیه‌ای فعالان تولید و عرضه غذا ۵. ارتقای خدمات تغذیه در بیمارستان‌ها ۶. مدیریت تغذیه در بحران‌ها ۷. بهبود کیفی برنامه‌های موجود ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای ۸. بهبود وضعیت ریزمغذی‌ها ۹. نیاز به ایجاد نظام سورویلانس غذا و تغذیه و اطمینان از سیری سولوی و سلامت تغذیه‌ای جامعه	

بخش دوم، جهت‌گیری‌های ارتقای تغذیه و امنیت غذایی کشور

الف) دورنما در ۱۳۹۹

سازمان‌های اصلی مسئول در امنیت تغذیه و غذای کشور تا پایان سال ۱۳۹۹ توانسته‌اند با نهادهای سازشی همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت مردم، ضمن بهبود دسترسی فیزیکی و اقتصادی عادلانه به غذا، نشانگرهای کم‌خوری، پرخوری، بدخوری و پیامدهای آن را (در حد پیش‌بینی در این برنامه) بهبود دهند و ضمن قرارداد دادن همه استان‌های کشور در وضعیت مطلوب امنیت تغذیه و غذا، رتبه کشور را در منطقه ارتقا دهند.

ب) اهداف راهبردی در ۱۳۹۴ (تأکید بر بهبود نشانگرهای محیطی، اجتماعی و رفتاری)

۱. افزایش فرهنگ و سواد تغذیه‌ای گروه‌های هدف اولویت‌دار حداقل به میزان ۵۰٪ سال پایه
۲. افزایش میانگین دریافت اقلام اصلی سبد غذایی (میوه‌ها، سبزی‌ها، شیره و لبنیات و حبوبات) در خانواده‌ها حداقل به میزان ۱۵٪ سال پایه
۳. افزایش دسترسی و مصرف غلات سبوس‌دار به میزان ۲۰٪ سال پایه
۴. کاهش میزان نمک، قندهای ساده و چربی موجود در فرآورده‌های غذایی و آشامیدنی به میزان حداقل ۳۰٪ سال پایه
۵. کاهش حداقل ۳۰ درصد از عوامل خطرزای شاخص در محصولات کشاورزی و غذایی به تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۶. ابلاغ ضوابط و استانداردهای اولویت‌دار زنجیره غذا به کلیه متولیان و کنترل زنجیره غذا بر اساس ارزیابی خطر حداقل در ۵۰٪ مراکز مجری با تعیین اولویت‌ها توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۷. اعلان عمومی درجه تولیدکنندگان بزرگ مواد غذایی منطبق با سیاست‌های ایمنی و ارزش تغذیه‌ای
۸. بهره‌مندی ۱۰۰٪ درصد کودکان، نوجوانان و جوانان، میانسالان، زنان باردار و سالمندان دچار اضافه وزن و چاقی از یکبار ویزیت و مشاوره در برنامه پزشک خانواده و استمرار مراقبت ۵۰٪ افراد شناسایی شده
۹. حفظ و ارتقا پوشش مصرف نمک یددار تصفیه شده در حداقل ۹۹ درصد خانوارهای کشور
۱۰. استقرار نظام مدیریت غذا و تغذیه در مدیریت بحران استان‌ها (طراحی، توجیه و آموزش و انجام مانور)
۱۱. استقرار کامل برچسب‌گذاری تغذیه‌ای در کلیه محصولات غذایی فرآوری شده متناسب با سطح

سواد تغذیه‌ای مردم کشور

۱۲. کنترل محلول‌ها و مکمل‌های غذایی بیمارستانی مورد نیاز کشور براساس ضوابط و استانداردها
۱۳. اجرای حداقل ۳۰٪ استانداردهای مصوب وزارت بهداشت در خصوص خدمات مشاوره تغذیه در کلیه بیمارستان‌های کشور
۱۴. ضابطه‌مندی بخش غذا در بیمارستان‌ها تا انتهای سال ۱۳۹۳
۱۵. مقررات و سیاست‌های بهبود تغذیه اماکن عمومی با اولویت رستوران‌ها، مهدکودک‌ها، مدارس و مرکز نگهداری سالمندان، ابلاغ، ترویج و حداقل یکبار رصد و بازخورد داده شده است.
۱۶. استقرار نظام دیده‌بانی امنیت تغذیه و غذا و انتشار گزارش سالانه (برخی از شاخص‌ها به تناوب دو سال یا بیشتر منتشر می‌شود).
۱۷. تعیین تکلیف و استقرار غنی‌سازی، تقویت و توسعه مکمل‌یاری برای ریزمغذی‌های آهن، روی، ویتامین‌های آ و د در صنایع غذایی و نظام مراقبت‌های اولیه
۱۸. انتشار سبد غذایی مطلوب (استخراج سرانه غذایی کشور و الگوی غذایی مصرفی برای گروه‌های سنی و جنسی) در چهارمین سال برنامه‌های توسعه پنج ساله
۱۹. تأمین کارشناس تغذیه در تمامی بیمارستان‌های کشور به تفکیک بخش غذا و تغذیه
۲۰. تدوین و استقرار راهنمای ملی در خصوص نقش کارشناسان تغذیه در بیمارستان‌ها

ج) اهداف راهبردی در ۱۳۹۹ (تأکید بر نشانگرهای سطح اثر به ویژه بیماری‌ها)

۱. کاهش شیوع سوءتغذیه پروتئین انرژی در کودکان زیر ۵ سال، مادران باردار و سالمندان به میزان ۳۰٪ سال پایه
۲. کاهش شیوع بیماری‌های منقله از غذا به ۲۰٪ سال پایه
۳. افزایش انتخاب آگاهانه مردم با استفاده از برچسب‌گذاری به میزان ۵۰٪ سال پایه
۴. کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی در کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان به میزان ۳۰٪ سال پایه
۵. کاهش شیوع کمبود ریزمغذی‌های شایع (ید، آهن، روی، ویتامین د و ویتامین آ) در کودکان زیر ۶ سال، نوجوانان، زنان باردار و شیرده به میزان ۲۰٪ سال پایه
۶. کاهش شیوع گواتر در دانش‌آموزان ۱۰-۸ ساله به میزان ۱۰٪ وضع موجود

۷. بهبود کیفیت غذا در ۵۰٪ غذاخوری‌های دانشگاه‌ها، کارخانه‌ها، بیمارستان‌ها، اداره‌ها،

سربازخانه‌ها، زندان‌ها و رستوران‌های عمومی

۸. ارتقای شاخص‌های تغذیه بیمارستانی به میزان حداقل ۳۰٪

د) جدول مداخلات کلان و برنامه‌های اولویت‌دار

حوزه‌ها	برنامه‌ها	دستگاه‌های مسئول
تأمین پایدار غذا (Sustainable Food Supply)	برنامه ۱) تولید محصول کشاورزی سالم (پیشنهاد و نظارت ضوابط، پیش‌نویس استانداردهای ملی، دستورالعمل‌های فنی و ترویج روش‌ها و فن‌آوری‌های نوین و مبتنی بر شواهد تولید محصول کشاورزی شامل دام، طیور، شیلات و زراعی سالم) برنامه ۲) فراهمی اقلام اصلی غذایی و تضمین بازار مناسب (بازنگری در سیاست‌های کشاورزی، راهنمایی تولیدکنندگان محلی مواد غذایی و کشاورزان، کاستن از موانع بازار برای حمل و نقل، کاستن از خطر انباشتگی سموم، کنترل کافی بازار مواد غذایی و نوشیدنی‌هایی که در اختیار کودکان قرار می‌گیرد) برنامه ۳) فرمول‌بندی سالم محصولات غذایی تولیدی (کاستن از مقدار نمک، قند افزوده، چربی اشباع شده و...) برنامه ۴) غنی‌سازی اجباری و اختیاری غذاهای اصلی و تکمیلی (در مواردی که کمبود ریزمغذی‌ها وجود دارد، رعایت هزینه اثربخشی اقدام‌ها، پایش پیشرفت، شناخت مخاطرات) برنامه ۵) ابزارهای اقتصادی مؤثر بر تغذیه مناسب و سالم (مالیات‌ها، یارانه‌ها، وام) (برای کمک به دسترسی و بهره‌مندی از غذای مناسب و سالم از قدرت خرید مردم با رعایت شرایط ایمنی و سلامت غذا، تولیدکنندگان، واردکنندگان و افزایش مالیات برای کلیه غذاهای کاهنده سلامت و اختصاص در آمد حاصله برای یارانه به گروه‌های آسیب‌پذیر در تأمین غذاهای سالم و با ارزش تغذیه‌ای بالا) برنامه ۶) برنامه مدیریت اثر تغییرات آب و هوا بر تغذیه و امنیت غذایی	وزارت جهاد کشاورزی و سازمان دامپزشکی، صنعت معدن تجارت، اقتصاد دارایی، سازمان محیط زیست

سازمان غذا و دارو، سازمان ملی استاندارد، و دفتر سلامت محیط و کار وزارت بهداشت	برنامه ۷) شبکه ملی پایش غذا (پایش محصولات غذایی، آرایشی و بهداشتی [Post Marketing Survey (PMS]; تضمین این که محصولات تجاری با رعایت دستورعمل موجود عرضه شود و بهبود نظام ثبت و بررسی گزارشات مردمی در خصوص محصولات غذایی و آشامیدنی) برنامه ۸) برچسب‌گذاری محصولات غذایی (شامل برچسب اصالت و سلامت کالای خوراکی و آشامیدنی برای ردیابی محصولات وارداتی و تولید داخل به جهت مبارزه با قاچاق و برچسب ارزش غذایی مصرف‌کنندگان که براساس ضابطه برچسب‌گذاری مصوب سازمان غذا و دارو انجام می‌شود) برنامه ۹) ارتقای سطح ایمنی و کاهش عوامل خطرزای شاخص در محصولات غذایی و کشاورزی اولویت دار (آفلاتوکسین سموم آفات نباتی، آلاینده‌های فلزی، هورمون‌ها و آنتی‌بیوتیک‌ها در محصولات غذایی و محصولات کشاورزی شامل گندم، برنج و پسته، محصولات گلخانه‌ای، محصولات لبنی و افزودنی‌های مواد خوراکی و آشامیدنی. هدف برنامه برای محصولات غذایی اولویت دار زیتون، فرآورده‌های گوشتی و لبنی، نان، روغن‌های خوراکی مصرف خانوار خواهد بود) برنامه ۱۰) درجه‌بندی دوره‌ای مراکز تولیدی و عرضه‌کننده خوراکی و آشامیدنی (از نظر ایمنی و ارزش غذایی منطبق با سیاست‌های تغذیه‌ای کشور براساس وضعیت فنی، بهداشتی، تولید و ویژگی‌های محصول نهایی) برنامه ۱۱) غذای سالم و ایمن در عرضه (تدارک غذای سالم و ایمن در محل‌های عمومی برای گروه‌های کودکان، دانش‌آموزان، کارگران، کارکنان، سالمندان، نظامیان و زندانیان، مسافران، بیمارستان‌ها، رستوران‌ها از جمله توسعه رستوران‌های حامی سلامت و ورزشگاه‌ها) برنامه ۱۲) نظارت و به استانداردهای زنجیره غذا به صورت یکپارچه و براساس ارزیابی خطر (هماهنگ‌سازی با استانداردهای بین‌المللی و ملی) *	ایمنی غذایی (Food Safety)
--	--	----------------------------------

برنامه ۱۳) سلامت تغذیه‌ای از آغاز زندگی (دوره قبل لقاح، جنینی (بارداری)، شیرمادر و تغذیه تکمیلی، مهدکودک و مدرسه)

برنامه ۱۴) سیاست‌ها و راهنماهای غذا و تغذیه (اعلان سیاست‌های دوره‌ای تغذیه کشور از جمله سبد مطلوب غذایی به طور دوره‌ای، فرمول بندی محصولات غذایی تولیدی برای کاستن از مقدار نمک، قند افزوده، چربی اشباع شده، اسیدهای چرب ترانس و غنی سازی مواد غذایی و...، تدوین راهنماهای عملی و بالینی مرتبط از جمله ویژه مشاوره تغذیه، مدیریت بخش غذای بیمارستان‌ها، ورزشکاران، اماکن عمومی مراکز نگهداری سالمندان، رژیم غذایی در بیماری‌ها، استانداردسازی مکمل‌ها و محلول‌های غذایی ویژه بیمارستان غنی سازی غذاهای اصلی با تأکید بر گروه‌های فقیر و آسیب پذیر، در نظر گرفتن حساسیت‌های قومی، فرهنگی و مذهبی و فراهمی مواد غذایی و...)

برنامه ۱۵) ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای و تشویق مصرف‌کنندگان و فراهم آورندگان غذا (درباره غذا، تغذیه، ایمنی غذا، حقوق مصرف‌کنندگان)، فرصت‌های تحرک بدنی در جاهای مختلف، کاستن از فشارهای اجتماعی برای تن دادن به لاغری‌های مفرط و نا به جا به عنوان زیبایی به ویژه در کودکان و نوجوانان، توانمندسازی محلی و منطقه‌ای در زمینه رفتارهای سالم تغذیه‌ای، آموزش تغذیه و شیوه زندگی سالم در مقاطع تحصیلی آموزش و پرورش و آموزش عالی و تعیین حداقل دانش مورد انتظار هر یک از مقاطع تحصیلی، برگزاری نشست‌ها و همایش‌های علمی توجیهی برای مسئولان ذیربط توسط کلیه وزارت خانه‌ها، ادارات، سازمان‌ها و کارخانجات)

برنامه ۱۶) تضمین هم افزایی درون و برون بخشی برای تغذیه مناسب و سالم (افزایش تحرک فیزیکی، کاهش مصرف الکل، مشاوره تغذیه در بیماری‌های غیرواگیر، تأمین آب آشامیدنی سالم و...)

برنامه ۱۷) برقراری برنامه‌های حمایت از گروه‌های فقیر و آسیب پذیر (با تأمین یارانه‌های غذا، توزیع مواد غذایی، تأمین دسترسی رایگان یا با تخفیف به غذاهای آماده، توجه به تغذیه افراد ترک تحصیلی‌ها و کودکان کار و تدوین برنامه غذا برای کار (food for work) با بهره‌گیری از ظرفیت‌های خیرین و مراکز خیریه، کانالیزه کردن امکانات و منابع خیریه‌ها به فعالیت‌های اجتماعی هدفمند در جهت تحصیل و اشتغال اعضای خانوارهای نیازمند و...)

برنامه ۱۸) مراقبت تغذیه‌ای گروه‌های سنی در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (ادغام ارزیابی وضعیت تغذیه و مشاوره تغذیه در برنامه مراقبت‌های اولیه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای رشد شیرخواران و کودکان، پایش وزن و ارزیابی نمایه توده بدنی، پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در گروه‌های سنی مختلف، ترویج تغذیه متعادل، فراهم ساختن پوشش کافی خدمات سرپایی و بستری، گنجاندن حمایت‌های تغذیه‌ای در درمان بیماری‌های مختلف، تدوین فرم‌ها و استانداردهای تغذیه و ادغام در برنامه اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های کشور، بازنگری روش‌های تمهید مجوز کار کارکنان سلامت در تشخیص و درمان بیماری‌های تغذیه‌ای، ارائه مراقبت‌های تغذیه‌ای و رژیم درمانی در بیماری‌های مختلف.

برنامه ۱۹) نظام مراقبت تغذیه‌ای و ایمنی غذایی در بیمارستان‌ها (ابلاغ و اجرای استانداردهای بخش غذای بیمارستان، برنامه‌های بهبود تغذیه بیمارستان‌ها (شامل: آموزش، پژوهش و مداخلات)، تأمین غذای سالم و کافی برای بیماران متناسب با نیاز، غربالگری مخاطرات در همه بیمارستان‌ها برای جلوگیری از کم غذایی، سوء تغذیه... تشویق به تولید و استفاده از مکمل‌های غذایی بیمارستانی با تأکید بر بخش مراقبت‌های ویژه) تدوین فرآیند و استانداردهای بخش تغذیه در بیمارستان، تدوین پروتکل‌های علمی - اجرایی مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در بیماران بستری

برنامه ۲۰) مدیریت تغذیه در بحران

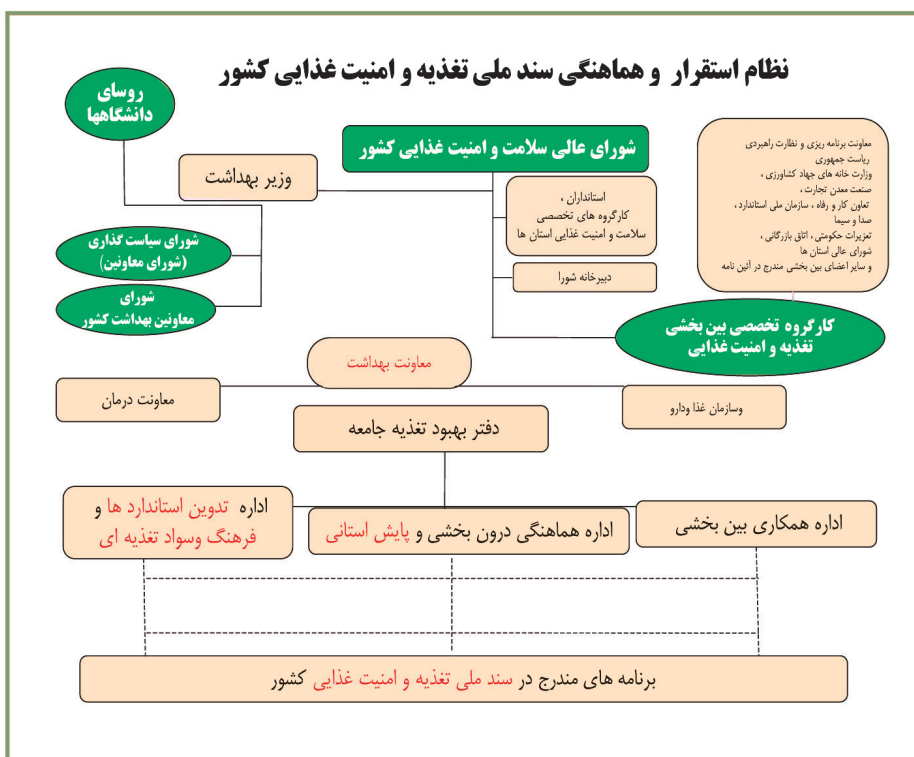
بخش سوم) نظام استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی

الف) برنامه عملیاتی

جدول زمان بندی استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور (۱۳۹۴-۱۳۹۱)						
مرحله	پروژه ها و اقدامات	سال های اجرای برنامه				
		۹۱	۹۲	۹۳	۹۴	
بستر سازی استقرار	تصویب سند در شورای معاونان وزارت بهداشت و ابلاغ درون سازمان (حوزه ستادی و دانشگاه ها)، تصویب برنامه و ملحقات آن در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، احیا و تثبیت ساختار دفتر بهبود تغذیه جامعه					
	انعقاد تفاهم نامه ملی تغذیه و امنیت غذایی و ترویج رسانه ای					
	تشکیل کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی ذیل شورای عالی و صدور احکام توسط دبیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی)					
	تشکیل شورای مراقبت از برنامه های تغذیه و امنیت غذایی و کمیته سه نفر هماهنگی درون بخشی					
	آموزش نمایندگان استانی دستگاه های اصلی حوزه تغذیه و امنیت غذایی در استقرار برنامه جامع و انعقاد تفاهم نامه بین بخشی مصوب کارگروه های تخصصی استانداری استان ها					
	امکان سنجی برای ایجاد ردیف بودجه تغذیه و امنیت غذایی و تدوین قانون تغذیه و پیگیری آن					
	آموزش کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی و شورای مراقبت از برنامه برای تدوین برنامه های بیست گانه					

۱.۴.۱. پیش‌ارزشیابی					تدوین و تصویب برنامه‌های بیست‌گانه در کمیته بین‌بخشی پایش تغذیه و امنیت غذا (کمیته پیا!)
					تعریف پروژه‌های اولویت‌دار سال ۱۳۹۲ در هر برنامه و تصویب در کمیته بین‌بخشی پایش
					آماده‌سازی مجریان بین‌بخشی و درون‌بخشی برای اجرای پروژه‌ها
					بررسی گزارش پیشرفت میانی و نهایی پروژه‌ها و ارزیابی میزان نزدیک شدن به اهداف راهبردی ۱۳۹۴ در پایان سال و ارائه گزارش در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
					تعریف پروژه‌های اولویت‌دار سال ۱۳۹۳ در هر برنامه و تصویب در کمیته بین‌بخشی پایش
					بررسی گزارش پیشرفت میانی و نهایی پروژه‌ها و ارزیابی میزان نزدیک شدن به اهداف راهبردی ۱۳۹۴ در پایان سال و ارائه گزارش در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
					تعریف پروژه‌های اولویت‌دار سال ۱۳۹۴ در هر برنامه و تصویب در کمیته بین‌بخشی پایش
					بررسی گزارش پیشرفت میانی و نهایی پروژه‌ها و تدوین گزارش ارزشیابی برنامه جامع در سومین سال اجرا به همراه گزارش دیده‌بانی امنیت غذا و تغذیه کشور و بازنگری دورنما، اهداف راهبردی و برنامه‌ها براساس رویکردهای برنامه ششم توسعه کشور و ارائه گزارش در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

- سند ملی تغذیه و امنیت غذایی از بیست برنامه تشکیل شده است. هر برنامه (Program) در طول سه سال اول سند ملی تغذیه و امنیت غذایی، در هر سال پروژه‌های (Projects) متعددی را شامل می‌شود که به طور هماهنگ و برای دستیابی به اهداف برنامه متناظر مدیریت می‌شوند.
- در مجموع سه سال مالی برای دستیابی به اهداف راهبردی ۱۳۹۴ در سند ملی تغذیه و امنیت غذایی پیش‌بینی شده است.
- فلش‌ها زمان شروع و پایان پروژه‌ها را نشان می‌دهد.
- تکالیف دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در اولین سال استقرار سند (۱۳۹۱)، تشکیل کمیته تغذیه و امنیت غذایی ذیل کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استناداری، تدوین برنامه عملیاتی (متناظر با اهداف و برنامه‌های بیست‌گانه سند) و انعقاد تفاهم‌نامه بین‌بخشی با محوریت استناداری و ارائه گزارش فصلی پیشرفت به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور در نظر گرفته شده است و انتظار می‌رود رؤسای دانشگاه‌ها با استفاده از کلیه ظرفیت‌های استان بستر اجرایی مناسب برای اجرا و پایش برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه را فراهم آورند.



ب) آیین نامه اجرایی استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور

ماده ۱: اهداف

مطابق بند ج ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه کشور که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان سیاست‌گذار و ناظر عالی سلامت در کشور تعیین شده و همچنین براساس ماده ششم آیین نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مصوب هیأت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۸/۱ و با هدف پایش عملیات بین‌بخشی و استفاده از ظرفیت‌های سازمانی دستگاه‌های مسئول در تغذیه و امنیت غذایی «کارگروه تغذیه و امنیت غذایی» تشکیل می‌گردد.

ماده ۲: ترکیب اعضا

۱. معاون بهداشت وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی (رئیس کارگروه)
۲. مدیرکل دفتر بهبود تغذیه معاونت بهداشت (دبیر کارگروه)
۳. معاون بودجه معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری
۴. مرکز سلامت محیط و کار معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره بهداشت مواد غذایی و بهسازی اماکن عمومی)
۵. معاون غذا، سازمان غذا و دارو
۶. مدیرکل نظارت بر اجرای استاندارد سازمان ملی استاندارد
۷. رئیس یا نماینده تام‌الاختیار سازمان دامپزشکی کشور
۸. رئیس یا نماینده تام‌الاختیار سازمان شیلات
۹. رئیس سازمان حفظ نباتات
۱۰. سه نفر نماینده تام‌الاختیار از وزارت صنعت، معدن و تجارت (نماینده ستاد و سازمان حمایت از مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان، گمرکات کشور)
۱۱. نماینده اتاق بازرگانی
۱۲. نماینده سازمان تعزیرات حکومتی
۱۳. رئیس مجمع عالی واردات (واردکنندگان مواد غذایی)
۱۴. رئیس اتحادیه مرکزی نظارت و هماهنگی تولیدکنندگان مواد غذایی (کشاورزان و دامپروران)
۱۵. رئیس انجمن صنایع غذایی ایران
۱۶. نماینده شورای عالی استان‌ها

۱۷. رییس انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور

۱۸. نماینده وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی

تبصره اول) اداره امور کارگروه در دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی است.

تبصره دوم) جلسات کارگروه در سال اول ماهانه و از سال دوم به طور فصلی تشکیل می‌شود.

تبصره سوم) اعضای کارگروه می‌بایست صرفاً خود در جلسه شرکت کنند و برای تسهیل پایش امور کارشناس مسئول واحد تحت نظر می‌تواند عضو کارگروه را همراهی کند.

تبصره چهارم) جلسات با حضور دو سوم اعضا رسمیت می‌یابد و در مواقع نیاز به رأی‌گیری موارد با موافقت دو سوم اعضا تأیید می‌گردد.

ماده ۳: وظایف

■ بررسی و تصویب شناسنامه برنامه‌های بیست‌گانه دستگاه‌های مسئول مندرج در تفاهم‌نامه ملی

حاصل از سند ملی تغذیه و امنیت غذایی

■ تعیین و تصویب پروژه‌های مندرج در هر برنامه و ایجاد هماهنگی بین پروژه‌ها

■ پایش روند پیشرفت پروژه‌های سند ملی تغذیه و امنیت غذایی، تصمیم برای کاربری نتایج پروژه‌ها

■ ارائه گزارش به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و رسانه‌ها و همچنین تدوین پیش‌نویس

مصوبات مرتبط برای تصویب در شورای مذکور

■ ارائه نظرات مشورتی در ارتباط با طرح‌های پیوست سلامت

■ بازبینی انتظارات از کلیه ذینفعان برای بهبود تغذیه و امنیت غذایی و تصویب پیام‌های سالانه ویژه مردم

تبصره ۵) کلیه گزارش‌ها و درخواست‌های کارگروه برای پیشبرد برنامه‌های مندرج در سند ملی تغذیه و

امنیت غذایی از طریق دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به شورای عالی ارسال می‌شود،

مصوبات شورای عالی برای کارگروه لازم‌الاجرا است.

تبصره ۶) در سطح استانی کمیته متناظری برای برنامه‌ریزی عملیاتی و پایش زیر نظر کارگروه تخصصی

سلامت و امنیت غذایی استانداری تشکیل می‌شود و گزارش عملکرد سه ماهه این کمیته هم‌زمان به

کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان، وزارت خانه‌های عضو کمیته پایش و دبیرخانه شورای

عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال می‌شود.

ماده ۴: منابع

۱. منابع مالی پروژه‌ها از ردیف‌های بودجه مربوط به هردستگاه تأمین خواهد شد و در این مورد از راهنمایی و نظارت نماینده مدیرکل بودجه معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری برای هدفمندی و هماهنگی هزینه بودجه‌های مرتبط استفاده می‌شود.
۲. هریک از واحدها کارشناس رابط علاقمند و توانایی را برای کلیه امور برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، پایش و گزارش‌دهی به دبیرخانه معرفی می‌نماید.
۳. در سه سال اول استقرار سند، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران موظف است با همکاری دفتر بهبود تغذیه جامعه، انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور، دانشکده تغذیه و رژیم‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران و سایر مراکز تحقیقاتی آموزشی و قطب‌های مرتبط در وزارت خانه‌ها و سازمان‌های عضو موضوع این آیین‌نامه ضمن ارائه آموزش‌ها و مشاوره‌های لازم برای استقرار سند به مجریان، نظام‌دیده‌بانی تغذیه و امنیت غذایی و اولویت‌های تحقیقاتی مرتبط را با محوریت دستگاه‌های مسئول در زمینه تغذیه و امنیت غذایی طراحی و استقرار دهد.
۴. سه اداره «همکاری بین‌بخشی، هماهنگی درون‌بخشی و پایش و اداره تدوین استانداردها و فرهنگ و سواد تغذیه‌ای» واحدهای سازمانی هستند که در دفتر بهبود تغذیه جامعه رصد مبتنی بر شواهد و روزآمد پیشرفت سند ملی ارتقای تغذیه و امنیت غذایی را بر عهده خواهند داشت.

ماده ۵: بازبینی

آیین‌نامه اجرایی در ۵ ماده، سه بند و شش تبصره و چهار پیوست به تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور رسیده است و بازبینی آن به پیشنهاد رییس کارگروه و تصویب شورای عالی قابل انجام است.

پیوست اول آیین نامه اجرایی:

تقسیم کار درون بخشی سند ملی تغذیه و امنیت غذایی

حوزه	واحد ها	(اقدامات و پروژه های مشترک)
معاونت بهداشت	دفتر بهبود تغذیه جامعه	مدیریت کلیه مداخلات مندرج در سند در قالب ۵ برنامه دفتر شامل برنامه ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای، برنامه تدوین و بازبینی پروتکل های تغذیه ای، برنامه اطمینان از هم افزایی درون و برون بخشی، برنامه ارزشیابی، مطالعات و دیده بانی امنیت تغذیه و غذا کشور و برنامه تغذیه در بحران است.
	دفتر سلامت جمعیت، تنظیم خانواده و مدارس	حمایت و تقویت برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر و تغذیه تکمیلی مناسب، پایش رشد کودک و پایش روند وزن گیری مادران باردار، ارتقای کیفیت خدمات تغذیه ای کودک، مادران باردار، دانش آموزان، میانسالان و سالمندان، تعامل با دفتر بهبود تغذیه جامعه برای پالیوت سازی و ادغام برنامه پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی کودکان و نوجوانان و پالیوت سازی و ادغام برنامه سورویلانس غذا و تغذیه، کاهش ساعت کاری مادران باردار شاغل و افزایش مرخصی زایمانی تا یک سال برای مادران و قانون مرخصی همسران به مدت ۲ ماه پس از زایمان مادر برای حمایت از مادر و شیرخوار، ارتقای وضعیت تغذیه رایگان در مدارس و استفاده از مواد غذایی مغذی (از جمله مغز دانه ها، میوه ها و سبزی ها)، منع عرضه مواد غذایی کم ارزش در بوفه های مدارس
	دفتر آموزش سلامت و ارتقای سلامت	تعامل با دفتر بهبود تغذیه برای تهیه مطالب آموزش مناسب و آموزش های همگانی تغذیه
	مرکز سلامت محیط و کار	گنجاندن مباحث کیفیت تغذیه ای در بازدیدهای بازرسی بهداشت محیط از فروشگاه ها و مراکز عرضه مواد غذایی، تقویت پایش کیفیت نمک های خوراکی در سطوح عرضه و مراکز توزیع و عرضه غذا، آموزش و بازآموزی بازرسی بهداشت محیط در زمینه تغذیه و بهداشت مواد غذایی با هماهنگی دفتر بهبود تغذیه جامعه، تعامل با دفتر بهبود تغذیه جامعه برای پالیوت سازی و ادغام برنامه سورویلانس غذا و تغذیه، پیاده سازی سیستم های مدیریت ایمنی مواد غذایی در واحدهای عرضه و توزیع مواد غذایی، ایجاد و تقویت سیستم خوداظهاری جهت نظارت بر مراکز عرضه مواد غذایی، گسترش بهسازی محیط (آب و فاضلاب و زباله) با تأکید بر مناطق محروم، مدیریت صحیح باز یافت زباله و آموزش آن در جامعه
	مرکز مدیریت شبکه	تجهیز خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به ترازو و قد سنج های مورد نیاز با کیفیت مناسب برای اندازه گیری شاخص های آنتروپومتریک گروه های سنی مختلف، راه اندازی واحدهای مشاوره تغذیه در مراکز بهداشتی درمانی، تعامل با دفتر بهبود تغذیه جامعه برای پالیوت سازی و ادغام برنامه سورویلانس غذا و تغذیه، ادغام بسته های خدمتی تغذیه در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، ارتقای دسترسی حاشیه نشین ها به خدمات تغذیه ای استاندارد از طریق شبکه های بهداشتی درمانی کشور
	مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر	گنجاندن خدمات تغذیه ای در پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر (بیماری های قلبی عروقی، دیابت، سرطان ها، بیماری های ژنتیکی از جمله فنیل کتونوری تالاسمی و...)، تعیین روند تغییرات عوامل خطر تغذیه ای بیماری های غیرواگیر براساس اولویت های دفتر بهبود تغذیه جامعه، تعامل با دفتر بهبود تغذیه جامعه برای پالیوت سازی و ادغام برنامه سورویلانس غذا و تغذیه
	مرکز مدیریت بیماری های واگیر	حفظ و افزایش پوشش برنامه ایمن سازی، تشخیص و درمان به موقع بیماری های انگلی روده ای و گنجاندن خدمات تغذیه ای در پیشگیری و کنترل بیماری های واگیر (سل، ایدز، مالاریا...) و بیماری های منقله ناشی از غذا

معاونت درمان	دفتر ارزیابی فناوری و استاندارد و تعرفه	همکاری با دفتر بهبود تغذیه در تدوین بسته های خدمتی مرتبط به مشاوره بالینی تغذیه و تعیین تعرفه مناسب برای مشاوره تغذیه بالینی در سربایی و بستری
	دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی	بازنگری و تقویت ساختار تغذیه و رژیم درمانی در بیمارستان به منظور ارائه خدمات مشاوره تغذیه به بیماران قبل و پس از ترخیص از بیمارستان تشکیل واحد تغذیه و رژیم درمانی در بیمارستان در سطح ستادی وزارت بهداشت (در چارچوب تشکیلات تغذیه سطح ستادی) جذب و به کارگیری کارشناسان تغذیه در بیمارستان ها
	دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان	گنجاندن شاخص های کیفیت مربوط به خدمات مشاوره تغذیه در رتبه بندی ها و اعتبار بخشی مراکز، تأمین کارشناس تغذیه در تمامی بیمارستان ها، تفکیک بخش تغذیه و امنیت غذایی بیمارستان ها، تهیه راهنمای ملی در خصوص نقش کارشناسان تغذیه در بیمارستان ها با محوریت دفتر بهبود تغذیه جامعه، طراحی و استقرار نظام پایش و نظارت بر کیفیت و عملکرد بخش خصوصی (کلینیک، مطب و بیمارستان ها) مراقب تغذیه، گسترش خدمات مشاوره ای تغذیه ای از راه دور
معاونت آموزش	مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، اداره کل اعتبار بخشی و ارزیابی و دبیرخانه های شورای آموزش پزشکی و تخصصی و مرکز امور آموزشی دانشجویان، دفتر امور اساتید و نخبگان	تدوین و راه اندازی دوره های آموزشی (RD Registered Dietitian) به منظور افزایش دانش و مهارت کارشناسان تغذیه در امر مشاوره تغذیه و رژیم درمانی حمایت، تأمین اعتبار لازم برای راه اندازی دوره تغذیه با گرایش های مختلف براساس کوریکولوم های تدوین شده در پروژه بانک جهانی (تغذیه جامعه، سیاست گذاری غذا و تغذیه، اپیدمیولوژی تغذیه ...)، بازنگری کوریکولوم دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی و گنجاندن مطالب تغذیه ای در آنها، برقراری ارتباط و جلب همکاری دانشگاه های بین المللی برای تقویت رشته دکترای تغذیه و تربیت متخصصین در حوزه های مختلف غذا و تغذیه، طراحی دوره های بازآموزی سالانه ویژه کارشناسان تغذیه
	مرکز بودجه و پایش عملکرد، مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری، اداره کل منابع انسانی و پشتیبانی، اداره کل امور مالی و ذی حسابی، دفتر توسعه منابع فیزیکی و امور عمرانی	تحلیل و بررسی کمیت و کیفیت نیروی انسانی مورد نیاز برای استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی در کشور در افق ۱۴۰۴، تأمین کمبود ۳۰ درصدی کارشناسان بهداشت محیط در کشور و تأمین بودجه تجهیز این بازرسان برای کنترل کیفی مواد غذایی، ایجاد ردیف اختصاصی بودجه برای نظارت بر عرضه، ایجاد ردیف های سازمانی کارداران یا کارشناس بهداشت محیط شهری و روستایی، انجام هماهنگی های لازم جهت افزایش بودجه تغذیه و امنیت غذایی با ارائه مدل تجمیع بودجه های مرتبط در سطح کشور از طریق نهاد ریاست جمهوری نظارت بر حسن هزینه کرد بودجه های مرتبط به تغذیه در کلیه سطوح برنامه ریزی، علمی و اجرایی و توجه به اهمیت نقش تغذیه بیماران هنگام تنظیم بودجه سالانه مراکز درمانی کمک به احیا و تثبیت ساختار تشکیلاتی دفتر بهبود تغذیه جامعه در سطح وزارت بهداشت و متناظر آن در سطح دانشگاه ها و شهرستان ها
معاونت تحقیقات و فن آوری		طراحی و استقرار اولویت های تحقیقاتی تغذیه و امنیت غذایی از طریق شبکه تحقیقات تغذیه ای کشور از جمله مطالعه در زمینه شناخت باورها و رفتارهای غذایی در هر منطقه، مطالعه و شناسایی غذاهای سنتی و تعیین ارزش تغذیه ای آنها به منظور ترویج غذاهای سنتی سالم در منطقه استقرار نظام دیده بانی امنیت تغذیه و غذا در مؤسسه ملی تحقیقات سلامت با همکاری سایر مراکز و قطب های علمی مرتبط درون و برون بخشی

سازمان غذا و دارو	سازماندهی مجدد سیستم نظارت مراکز تولید، تهیه، نگهداری، توزیع و حمل و نقل غذا، گسترش و بهسازی مراکز نگهداری و ذخیره سازی مواد غذایی (سیلو، انبار، سردخانه)، تسهیل مقررات مربوط به واردات مکمل های تغذیه ای مورد استفاده در تغذیه بیماران بستری در بیمارستان ها بازنگری و تقویت نظارت بر اجرای قوانین و استانداردهای ملی بسته بندی مواد غذایی و ظروف یکبار مصرف، ایجاد سیستم و تقویت اجرای نظارت و کنترل قوی بر واردات مواد غذایی و مواد اولیه مورد استفاده در صنایع غذایی (سیستم بارکد و بیمه تضمین کیفیت)، ارتقای کنترل و ارزیابی آلودگی های غذایی اعم از زیستی و شیمیایی در سطح کشور، کنترل کیفیت محصولات غذایی غنی شده، توسعه روش های بیوتکنولوژی در تولید مواد غذایی و استفاده از تکنولوژی مناسب در بسته بندی مواد غذایی، تولید مکمل های ارزان تر و با قابلیت پذیرش بهتر (اسپرینکل، فودلت...)، جایگزینی رنگ های مصنوعی با رنگ های طبیعی، تولید محصولات غذایی رژیمی برای گروه های خاص جامعه، نظارت بر کاهش میزان کربوهیدرات های ساده، روغن، چربی و نمک در فرآورده های غذایی، ارتقای کیفیت تغذیه ای محصولات غذایی فرآوری شده، بهبود کیفیت روغن های مصرفی و به حداقل رساندن میزان اسیدهای چرب اشباع و ترانس در آنها، تأمین و تدارک مکمل های مورد نیاز با قیمت و کیفیت مناسب و قابل دسترس برای کودکان، مادران باردار و شیرده و دختران دانش آموز، ارائه آموزش مناسب به مدیران و مسئولان واحدهای تولیدی در سطح کشور درباره سیستم HACCP و تغییر نگرش آنها از روش کنترل و تشخیص سنتی به سیستم پیشگیری، تجهیز آزمایشگاه های کنترل مواد غذایی به وسایل و تجهیزات پیشرفته برای تشخیص سریع آلودگی، به روز کردن و پیگیری تصویب قانون نظارت بر مواد خوراکی آشنامدنی و بهداشتی، حمایت از برنامه های آموزش حین خدمت و بازآموزی کارکنان صنایع غذایی، تولیدکنندگان و عرضه کنندگان مواد غذایی، حمایت از پروژه های اصلاح تکنولوژیک و روش های فرآوری به ویژه در صنایع روغن، تقویت و تجهیز آزمایشگاه های بخش غذا در آزمایشگاه های کنترل غذا و دارو در سطح ملی و استانی و حمایت از آزمایشگاه های آکرودیته که بتوانند کنترل کیفیت محصولات غذایی غنی شده را انجام دهند، تدوین قانون و اجرای سریع برنامه برچسب گذاری تغذیه ای بر کالاهای غذایی، تشویق و جلب همکاری صنایع غذایی برای تولید غذاهای حامی سلامت و حمایت از تولید محصولات غنی شده و فراسودمند (functional food) براساس سیاست های کنترل کمبود ریزمغذی ها در دفتر بهبود تغذیه جامعه
مرکز امور دانشجویی و فرهنگی	اجرای برنامه های آموزشی و ترویجی تغذیه سالم ویژه دانشجویان دانشگاه ها و ارتقای کیفیت غذای دانشجویان با استفاده از دستورالعمل های ابلاغی
مشاور وزیر در امور هیأت امناء	ملحوظ کردن ارزیابی عملکرد رؤسای دانشگاه ها بر اساس میزان موفقیت استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی استانی و تصویب ساختار و نیروهای انسانی لازم
روابط عمومی	تدوین و اجرای برنامه سالانه روابط عمومی برای اطلاع رسانی در زمینه تغذیه و امنیت غذایی (ویژه مردم، تصمیم گیرندگان)
شورای سیاست گذاری و شورای معاونین	تصویب سند ملی تغذیه و امنیت غذایی و ابلاغ به واحدهای تابعه و دانشگاه ها و دریافت گزارش فصلی از میزان پیشرفت برنامه تصویب تکالیف و انتظارات بین بخشی در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و ابلاغ به کارگروه های تخصصی استانی تشکیل کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و تشویق دستگاه ها در طول برنامه برگزاری مراسم رونمایی از سند و انعقاد تفاهم نامه دستگاه های دولتی، خصوصی و غیردولتی برای ارتقای تغذیه و امنیت غذایی جلب حمایت و رایزنی با مقامات ارشد کشور برای ایجاد مرکز ملی مطالعات سیاست های تغذیه با مشارکت دستگاه ها و متخصصان بین رشته ای

پیوست دوم آیین نامه اجرایی:

تقسیم کار برون بخشی: تکالیف دستگاه‌های اجرایی در برنامه‌های تغذیه و امنیت غذایی

● وزارت جهاد کشاورزی

برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در جهت پایداری تولید از طریق برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری به منظور:

۱. افزایش بهره‌وری عوامل تولید، کاهش و مدیریت بهینه ضایعات و پسماندهای کشاورزی
 ۲. تأمین کافی و به موقع نهاده‌های کشاورزی
 ۳. توسعه کشاورزی دانش بنیان و ارتقای شیوه‌های تولید و پس از تولید محصولات کشاورزی در کشور
 ۴. افزایش آگاهی و دانش بهره‌برداران بخش کشاورزی
 ۵. حفظ و بهره‌برداری پایدار از منابع پایه در بخش کشاورزی
 ۶. دستیابی به الگوی کشت بهینه و ایجاد قطب‌های تولید کشاورزی
- برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در جهت بهبود کیفیت و تضمین سلامت محصولات کشاورزی از طریق برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری به منظور:

۱. کاهش و بهینه‌سازی مصرف نهاده‌های شیمیایی در بخش کشاورزی
۲. توسعه و پیاده‌سازی استانداردها در فعالیت‌های بخش کشاورزی
۳. ایجاد نظام نظارت و کنترل کیفی محصولات و فرآورده‌های کشاورزی شامل تدوین و ابلاغ دستورالعمل‌های تولید محصولات کشاورزی، نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل‌های یاد شده از طریق شبکه ناظرین فنی و آزمایشگاه‌های معتمد، آموزش و ترویج روش‌های نوین تولید محصولات کشاورزی
۴. افزایش حاصل خیزی خاک‌های کشور
۵. توسعه تحقیقات کشاورزی و ترویج استفاده از یافته‌های پژوهشی در واحدهای بهره‌برداری کشاورزی
۶. غنی‌سازی خاک کشاورزی با ریزمغذی‌ها

سایر موارد مورد انتظار:

۱. سامان بخشیدن به توزیع مواد غذایی مناسب مورد نیاز مردم در مناطق روستایی از طریق فروشگاه‌های تعاونی روستایی.
۲. ترویج باغچه‌های خانگی سبزی‌ها در مناطق روستایی به منظور افزایش دسترسی مردم به منابع غذایی ریزمغذی‌ها.

۳. افزایش تولید محصولات غذایی حاوی ریزمغذی‌ها (سبزی و میوه و صیفی) به ویژه در مناطقی از کشور که دسترسی به این نوع محصولات کم است.
۴. افزایش دسترسی مردم به ماهی و سایر آبزیان با کیفیت بهداشتی و قیمت مناسب از طریق ترویج حوضچه‌های پرورش ماهی.
۵. تخصیص یارانه به منابع غذایی حاوی ریزمغذی‌ها از جمله انواع گوشت‌ها، شیر و مواد لبنی.
۶. توزیع و عرضه سبزی، میوه، صیفی، حبوبات و سایر منابع غذایی ریزمغذی‌ها در مناطق دور افتاده کشور از طریق تعاونی‌های روستایی و ... به منظور افزایش دسترسی فیزیکی مردم به منابع خوراکی ریزمغذی‌ها.

● وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

۱. ساماندهی و هدفمندسازی تسهیلات اشتغال‌زایی با تأکید بر سه دهک اول درآمدی به ویژه اشتغال‌زایی زنان
۲. به کارگیری سازمان‌های غیردولتی (خصوصی و مردم نهاد) در راستای اجرای برنامه‌های کاهش فقر و توانمندسازی و تخصیص اعتبار به منظور اجرای برنامه‌های حمایتی مخصوص خانوارهای نیازمند جهت افزایش دسترسی مستقیم آنان به مواد غذایی سالم و مغذی
۳. اشتغال‌زایی زنان سرپرست خانوار و تقویت جایگاه تصمیم‌گیری آنان در خانواده
۴. توزیع بن مخصوص تهیه مواد غذایی به ویژه منابع غذایی ریزمغذی‌ها در میان اقشار آسیب‌پذیر برای مواد غذایی غنی از ریزمغذی‌ها و با کاهش درآمدی بالابرای خانوارهای آسیب‌پذیر
۵. کمک به تصمیم‌سازی در زمینه توزیع اعتبارات فقرزدایی
۶. تأمین اعتبارات کافی برای حمایت تغذیه‌ای اقشار آسیب‌پذیر
۷. شناسایی نیازهای اقشار آسیب‌پذیر
۸. بخشی از راهبردهای مطرح در مواد ۹۵ و ۹۷ برنامه چهارم توسعه که در زمینه فقرزدایی با شرح وظایف وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مرتبط می‌باشد، به صورت «امکان تأمین غذای سالم و کافی، در راستای سبد غذایی مطلوب و تضمین خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی رایگان و تأمین مسکن ارزان قیمت، همچنین حصول اطمینان از قرار گرفتن جمعیت کمتر از هجده سال تحت پوشش آموزش عمومی رایگان برای خانوارهای واقع در سه دهک پایین درآمدی، از طریق جا

- به جایی و تخصیص کارآمد منابع یارانه‌ها» عنوان شده است.
۹. اقدامات و برنامه‌های حمایتی شامل: امنیت تغذیه، بهداشت و درمان پایه، اشتغال مولد، توانمندسازی، ارتقای آگاهی‌های عمومی، مسکن و مدیریت مخاطرات
۱۰. کمک به فقرزدایی، تعیین خط فقر، کاهش آسیب‌پذیری خانواده‌های کم‌درآمد در برابر ناامنی غذایی متناسب با گروه‌های هدف (توانمندسازی مردم در برابر ناامنی غذایی)، ارائه برنامه‌های حمایتی، استفاده از منابع حاصل از هدفمندسازی یارانه‌ها، کمک به اشتغالزایی و ارائه بیمه‌های اجتماعی و خدمات درمانی
۱۱. کاهش فقر شدید به میزان ۵٪ در هر سال نسبت به سال پایه

● سازمان هدفمند کردن یارانه‌ها

۱. هدفمند کردن یارانه‌های تولید و به کارگیری و اصلاح ابزارهای قیمتی به منظور کاهش هزینه تولید و قیمت محصولات غذایی
۲. هدفمندسازی یارانه‌های غذایی در جهت تأمین ریزمغذی‌ها (سبزی، میوه، گوشت، شیر و لبنیات) در اقشار کم‌درآمد (دهک ۱ تا ۳)
۳. هدفمندسازی یارانه‌های غذایی برای حمایت از اقشار آسیب‌پذیر در سه دهک پایین درآمدی

سایر موارد:

۱. هدفمند کردن یارانه سایر بخش‌ها (تکمیل و به روز رسانی بانک اطلاعاتی مرتبط پرداخت یارانه به اقشار آسیب‌پذیر و تخصیص یارانه به بخش کشاورزی)
۲. سیاست‌های جبرانی (ارائه و توزیع سبد غذایی مطلوب به خانوارهای دچار فقر غذایی، اجرای سیاست‌های فقرزدایی تدوین شده)
۳. توانمندسازی اقتصادی خانوارها (ایجاد و تقویت گروه‌های خودیار و همیار محلی و اجرای رویکرد اعتبارات مالی خرد و تقویت تعاونی‌ها، آموزش مهارت‌های شغلی (توانمندسازی فردی، اجتماعی و اقتصادی)
۴. گسترش حمایت‌های اجتماعی (شناسایی و تحت پوشش قراردادن مشاغل فاقد بیمه اجتماعی، تهیه و تدوین لوایح اصلاحی قوانین تأمین اجتماعی و ارائه تبصره‌های مورد نیاز در این زمینه، وارد نمودن بسته‌های خدماتی)

توضیح: جمعیت هدف تحت پوشش وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به سه گروه درآمدی زیر طبقه‌بندی می‌شوند:

- گروه اول: جمعیت زیر خط فقر شدید
 - گروه دوم: جمعیت مابین خط فقر شدید و خط فقر مطلق
 - گروه سوم: جمعیت بالاتر از خط فقر مطلق
- فقر شدید: وضعیتی است که در آن تمامی درآمد خانوار صرف تهیه غذا شود، سرپرست خانوار قادر به تأمین ۲۰۰۰ کیلو کالری روزانه (بر مبنای سبد مطلوب غذایی) برای هر فرد، نباشد.

● وزارت صنعت معدن و تجارت

۱. بازنگری سیاست‌ها و فرآیندهای تنظیم بازار در جهت هماهنگی با سیاست‌های امنیت غذا و تغذیه
۲. ایجاد سیستم پایش و نظارت و تثبیت قیمت یا کاهش نوسانات قیمت مواد غذایی اساسی
۳. توسعه و تجهیز زنجیره تأمین محصولات غذایی به ویژه ایجاد دسترسی مناسب برای مصرف‌کنندگان یا حمایت از سیاست‌های غذا و تغذیه کشور
۴. همکاری در تدوین استانداردهای ملی مواد غذایی بر مبنای استانداردهای بین‌المللی نظیر کدکس و ایزو و نظارت بر آن
۵. حمایت از توسعه بخش خصوصی برای تسهیل دسترسی فیزیکی به اقلام خوراکی سبد غذایی در مناطق شهری و روستایی
۶. دستیابی به تکنولوژی‌های نوین در صنایع غذایی
۷. هماهنگی با وزارت بهداشت در اجرای پروتکل‌های سلامت محور، تأکید خاص بر لزوم رویکرد مدیریت واردات و صادرات توسط این وزارت، حمایت از تولید ملی، کار و سرمایه ایرانی و استفاده از ساز و کار بازار و مداخلات بازار پسندانه دولت برای هماهنگی اجرای آنها
۸. کنترل صدور بی‌رویه مجوز تولید محصولات غذایی کم ارزش از طریق اخذ فهرست صنایع غذایی اولویت‌دار از مراجع مربوطه از جمله وزارت بهداشت (به طور مثال لیست منفی ارائه دهند) به منظور حمایت از این صنایع
۹. همکاری با وزارت بهداشت، جهاد کشاورزی و سازمان ملی استاندارد در ایجاد ایستگاه‌های نظارت بر عرضه مواد غذایی در بازارچه‌های مرزی

۱۰. نظارت بر اجرای صحیح رتبه‌بندی و صدور گواهینامه‌های کیفیتی عرضه‌کنندگان و دست‌اندرکاران تولید و تجارت مواد غذایی توسط اتاق بازرگانی و با همکاری اتحادیه‌های صنفی ذیربط
۱۱. کنترل محصولات غذایی خارجی که از طریق قاچاق وارد کشور می‌شوند، توسط ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز و از طریق سیستم‌های کد شبنم و PMS
۱۲. تدارک و تولید پرمیکس مورد نیاز برای غنی‌سازی مواد غذایی کشور با قیمت و کیفیت مناسب
۱۳. راه‌اندازی و ارتقای سیستم و تقویت نظارت و کنترل واردات مواد غذایی و مواد اولیه مورد استفاده در صنایع غذایی (سیستم بارکد)
۱۴. حمایت از ایجاد و توسعه صنایع تصفیه نمک خوراکی
۱۵. ایجاد تعامل با وزرات بهداشت در:
 - در تدوین سیاست‌های واردات روغن خام و افزایش سهم واردات روغن خام آفتابگردان، پنبه دانه، ذرت و کلزا نسبت به روغن خام سویا
 - در استفاده از تکنولوژی‌های نوین در صنایع غذایی
 - در تدوین و اجرایی نمودن استانداردهای تهیه و تولید نان در کشور (حذف جوش شیرین و جاگزینی مخمر جهت بهبود جذب ریز مغذی‌ها)
 - در کنترل کیفیت محصولات غذایی غنی شده در کارخانه‌های مجری
۱۶. در ارتقا کمی و کیفی نظارت بر حمل و نقل بهداشتی روغن‌های خوراکی وارداتی از مبادی ورودی کشور.
۱۷. در حمایت از برنامه کاهش تدریجی میزان قندهای ساده، نمک، روغن و سایر عوامل خطرزای تغذیه‌ای در محصولات غذایی
۱۸. در کمک به تدوین استانداردهای مربوط به واردات محلول‌های غذایی مورد استفاده در تغذیه بیماران بستری در بیمارستان‌ها (گاوآذ)
۱۹. تشویق و حمایت از تولیدکنندگان داخلی مکمل‌های تغذیه‌ای مورد استفاده در تغذیه بیماران از طریق فراهم نمودن تسهیلات بانکی کم بهره، معافیت‌های مالیاتی و..
۲۰. حمایت از توسعه و بهبود سیلوهای نگهداری غذای دام با همکاری جهاد کشاورزی
۲۱. حمایت از دیده‌بانی امنیت تغذیه و غذا و کمک به انتشار و ارزیابی گزارش‌های دوره‌ای وضعیت امنیت غذا در اقشار و استان‌های محروم

۲۲. کمک به عرضه مواد غذایی سالم و دارای ارزش تغذیه‌ای

۲۳. تدارک مخمر مورد نیاز با قیمت مناسب برای تخمیر نان و بهبود جذب ریزمغذی‌ها (آهن، روی، کلسیم)

۲۴. ایجاد و تقویت دوره‌های نان‌پزی و تربیت افراد در رشته‌های نان‌پزی در شهرستان‌ها

● سازمان ملی استاندارد ایران

وظایف این سازمان با استناد به قانون اصلاح قوانین و مقررات سازمان ملی استاندارد مصوب ۱۳۷۱ و قانون ارتقای کیفی تولیدات صنعتی داخلی مصوب ۱۳۸۹، بدین شرح است:

۱. کنترل و پایش غذاهای تراریخته، فراسودمند، سالم و ارگانیک و همچنین تدوین و بازنگری استانداردهای ملی جدید در فرآورده‌های غذایی (از جمله مواد غذایی غنی شده و فراسودمند، افزودن ویژگی‌هایی نظیر کم‌کالری بودن، کم‌نمک و...) و بسته‌بندی و هماهنگ‌سازی با استانداردهای بین‌المللی با همکاری سازمان غذا و دارو و وزارت جهاد کشاورزی

۲. تدوین و بازنگری استانداردهای ملی و استقرار نظام ارزیابی کیفیت در واحدهای صنعتی و خدماتی مواد غذایی و آشامیدنی با همکاری سازمان غذا و دارو و وزارت جهاد کشاورزی

۳. پایش فرآورده‌های غذایی در سطح تولید و عرضه

۴. بازنگری در استانداردهای سردخانه و نظارت بر اجرا

۵. توسعه نظام ملی تایید صلاحیت به عنوان مرجع قانونی در زمینه شرکت‌های بازرسی کالا، آزمایشگاه‌های آزمون و دارای گواهینامه ۱۷۰۲۵ در زمینه غذایی و آشامیدنی

۶. آموزش و ترویج استانداردسازی در واحدهای تولیدی و در سطح جامعه

۷. کاهش مخاطرات ایمنی غذا (شامل تعیین حدود مجاز باقیمانده سموم و آفت‌کش‌ها، فلزات سنگین)

توضیح: در ارتباط با کنترل و پایش غذاهای تراریخته **قانون ایمنی زیستی** سه مرجع وزارت بهداشت، جهاد کشاورزی و سازمان محیط زیست را متولی دانسته است لذا تکلیف شماره یک در این قسمت می‌بایست در زمان رفع هم‌پوشانی وظایف سازمان ملی استاندارد و سازمان غذا و دارو مورد بازبینی قرار گیرد. به همین ترتیب در تکلیف شماره سه پایش در سطح عرضه بر عهده مرکز سلامت محیط و کار، پایش در سطح تولید بر عهده سازمان غذا و دارو و در سطح مواد غذایی خام بر عهده سازمان دامپزشکی است. در تکلیف شماره هفت مطابق بند «و» ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه مسئول تعیین حدود مجاز باقیمانده سموم و آفت‌کش‌ها وزارت جهاد کشاورزی (سازمان حفظ نباتات) و وزارت بهداشت درمان

و آموزش پزشکی است. از سوی دیگر تبصره ۴ مصوبه ۱۳۹۰/۳۵۸۳۸ شورای عالی اداری مسئولیت تعیین، تدوین و نشر استانداردهای ملی و نظارت بر اجرای استانداردهای کالا به استثنای دارو که به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد صرفاً به عهده سازمان ملی استاندارد ایران خواهد بود به نحوی که هیچ اقدامی موازی توسط سایر دستگاه های اجرایی در این خصوص صورت نگیرد. دستگاه های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری موظفند همکاری لازم را در اجرای بخشنامه با سازمان ملی استاندارد به عمل آورند. کلیه موارد شمرده شده می بایست در مرجع قانونی ذیصلاح رفع همپوشی شود.

● سازمان محیط زیست

- برنامه حمایت طلبی برای کاهش میزان مواجهه با آلاینده های حاوی سرب در محیط
- اجرا و همکاری در برنامه مدیریت اثر تغییرات آب و هوا بر وضعیت تغذیه و امنیت غذایی
- کاهش آلودگی های آبزیان در خلیج فارس و دریای خزر

● وزارت آموزش و پرورش، وزارت علوم، نهضت سوادآموزی

۱. گسترش سواد آموزی و آموزش دختران و زنان
۲. ایجاد مهارت های تغذیه ای در دختران در مقاطع بالای تحصیلی به منظور اصلاح الگوی مصرف خانواده
۳. گنجاندن مطالب آموزش تغذیه در کتاب های درسی در مقاطع مختلف تحصیلی
۴. استفاده از بستر برنامه تغذیه رایگان مدارس جهت فرهنگ سازی تغذیه ای
۵. گنجاندن مباحث غذا و تغذیه در دوره های مدون بازاموزی کارکنان آموزشی و پرورش
۶. تدوین برنامه تغذیه رایگان مدارس از نظر نوع و مقدار براساس آخرین یافته های علمی و پژوهش های کاربردی ملی و منطقه ای
۷. همکاری در اجرای الگوی استانی برای میان وعده غذایی دانش آموزان با توجه به نیازهای تغذیه آنان
۸. تقویت درس بهداشت و لحاظ نمودن بحث غذا و تغذیه در آن
۹. گنجاندن مطالب آموزش تغذیه در محتوای آموزشی دانشگاه ها در همه رشته ها توسط وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰. گنجاندن مطالب آموزش تغذیه در کتاب های درسی سواد آموزان و نوسودان نهضت سوادآموزی

۱۱. تقویت برنامه‌های سواد آموزی زنان به ویژه در مناطقی با میزان بی‌سوادی بالا در زنان
۱۲. پیگیری وظایف کمیته شیرمدارس و تشویق به عرضه شیرهای غنی شده در مدارس

● وزارت ورزش و جوانان

۱. ترویج و مدیریت تغذیه علمی ورزشکاران
۲. گسترش فضاهای ورزشی به خصوص برای دختران و بانوان
۳. توسعه تسهیلات ورزشی در محل کار
۴. تعمیق ورزش همگانی

● سازمان بهزیستی

۱. گنجاندن مطالب آموزشی تغذیه و رشد کودکان در دوره‌های آموزشی مربیان مهدهای کودک
۲. توجه به برنامه غذایی کودکان در مهدهای کودک در روستاها (روستامهدها) با تأمین و تدارک مواد غذایی مناسب
۳. گنجاندن مطالب آموزشی تغذیه در کتاب‌های آموزشی سنین پیش دبستانی
۴. حمایت تغذیه‌ای افراد در مراکز نگهداری و بازپروری معلولین و...

● کمیته امداد امام

۱. اجرای برنامه‌های حمایتی خانوارهای نیازمند به منظور افزایش دسترسی مستقیم به مواد غذایی سالم و مغذی
۲. حمایت از کودکان خانوارهای نیازمند که به دلیل فقر دچار سوءتغذیه شده‌اند از طریق کمک‌های غذایی و درمانی
۳. تأمین بسته غذایی اقشار آسیب‌پذیر، این بسته براساس سبد غذایی مطلوب تعریف می‌شود.
۴. تقویت اجرای طرح‌های خودکفایی خانوارها (قالی‌بافی، خیاطی، پرورش دام و طیور و...) به منظور افزایش درآمد خانوار
۵. حمایت از کودکان و... ساکن در مناطق ویژه اجتماعی و سکونت‌گاههای غیررسمی

● صدا و سیما، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و شهرداری‌ها

۱. پخش رایگان فیلم و تیزرهای آموزشی تغذیه
۲. همسویی اهداف برنامه‌های آموزشی و تبلیغات محصولات غذایی با سیاست‌های سلامت در

وزارت بهداشت در زمینه تغذیه

۳. همکاری در اجرای سیاست جامع وزارت بهداشت در آموزش و فرهنگ سازی غذا و تغذیه کشور با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۴. اختصاص زمان پخش مناسب و کافی در ساعات پربیننده به برنامه های آموزش غذا و تغذیه
۵. چاپ رایگان پیام های تغذیه ای در رسانه های نوشتاری، بدنه اتوبوس ها، تابلوهای تبلیغاتی، بیلبورد و پلاکارد توسط شهرداری
۶. کنترل تبلیغات مربوط به محصولات غذایی با اجرای مصوبات ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم
۷. نظارت بر پخش فیلم و سریال ها با اولویت امنیت غذا و تغذیه

● وزارت نیرو

تأمین آب مناسب آبیاری مزارع (تأمین با وزارت نیرو و نظارت با جهاد کشاورزی و معاونت عمرانی وزارت کشور)

● معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی

۱. به کارگیری و اصلاح ابزارهای قیمتی به منظور کاهش هزینه تولید و قیمت محصولات غذایی در راستای برنامه هدفمند کردن یارانه های تولید
۲. تخصیص یارانه به منابع غذایی حاوی ریزمغذی ها از جمله انواع گوشت ها، تخم مرغ، حبوبات شیرو مواد لبنی
۳. تعیین ردیف اعتباری برای اجرای برنامه ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه
۴. تغییر گروه هدف یارانه و اختصاص یارانه منحصرأ به اقشار آسیب پذیر جامعه که توسط وزارت بهداشت و سایر ارگان های ذیربط شناسایی می شوند.
۵. تأمین اعتبارات لازم برای مکمل های غذایی شامل قرص، قطره و شربت حاوی ویتامین و املاح مورد نیاز گروه های هدف (با اولویت کودکان زیر ۵ سال، مادران باردار و دختران دانش آموز در سنین بلوغ) از طریق یارانه های تعادلی
۶. ایجاد ردیف های شغلی بیشتر جهت استخدام کارشناسان تغذیه در مراکز بهداشتی - درمانی
۷. ایجاد پست و ردیف سازمانی کارشناس مسئول تغذیه در مراکز غذاخوری جمعی
۸. حمایت از تولید غذاهای فراسودمند حمایت از صنایع غذایی (از جمله آرد، شیر، روغن، بیسکوئیت، کیک، کلوچه و...) برای غنی سازی محصولات غذایی با ریزمغذی ها بصورت تخصیص یارانه

۹. گنج‌نابیدن مطالب آموزش تغذیه در دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان بخش‌های مختلف و برگزاری دوره‌های آموزشی و بازآموزی توسط کلیه وزارت خانه‌ها، ادارات، سازمان‌ها و کارخانجات برای کارشناسان مسئول تغذیه شاغل به خدمت در همان سازمان‌ها

پیوست سوم آیین‌نامه اجرایی:

تکالیف و انتظارات از صنایع غذایی برای ارتقای وضعیت تغذیه و امنیت غذایی

۱. بازبینی استانداردهای موجود در جهت تولید فرآورده‌های غذایی حامی سلامت
۲. تولید محصولات حامی سلامت مطابق با ضوابط استانداردهای تدوین شده
۳. کاهش میزان قند، نمک، چربی اشباع و اسید چرب ترانس در محصولات غذایی مطابق با ضوابط استانداردهای تدوین شده
۴. توجه به آموزش تغذیه به مردم در تبلیغات محصولات غذایی مانند تأکید بر لزوم توجه مردم به برچسب تغذیه‌ای محصولات غذایی
۵. اجرا و رعایت برچسب‌گذاری غذایی در محصولات غذایی مطابق با ضوابط مورد تأیید سازمان غذا و دارو و البته خوانا
۶. ایجاد تغییر و تنوع در سیستم بسته‌بندی مواد غذایی با توجه به مشخصات محصولات
۷. تولید محصولات غنی شده مطابق با سیاست‌های سلامت تغذیه‌ای

پیوست چهارم آیین‌نامه اجرایی:

انتظارات از خانواده‌ها و شهروندان برای بهبود تغذیه

۱. در رستوران‌های دولتی، دستورعمل‌های ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در معرض دید نصب شده، درخواست نمایند.
۲. به دانش‌آموزان خود آموزش بدهند که دستورعمل بوفه سالم را در محل بوفه مدرسه به صورت نصب شده و در معرض دید از مدرسه بخواهند و اجرای دستورعمل را از مدیر مدرسه درخواست نمایند.
۳. در مراجعه به مغازه‌ها و فروشگاه‌های مواد غذایی، موارد عدم رعایت زنجیره سرد در نگهداری مواد غذایی (مانند لبنیات، تخم مرغ، سس سفید و ...) را به فروشنده تذکر داده و در صورت عدم رعایت

- تذکرات؛ موارد را به مراجع تعیین شده در وزارت بهداشت اطلاع دهند.
۴. مواد غذایی ارائه شده در مغازه‌ها که خلاف سیاست‌ها و توصیه‌های وزارت بهداشت است (ارائه نمک غیریددار مانند نمک دریا، نان‌های بسته‌بندی بدون مشخصات تولیدکننده و تاریخ تولید و سایر محصولات غذایی که فاقد پروانه ساخت از وزارت بهداشت) را به عرضه‌کنندگان مواد غذایی تذکر داده و در صورت عدم رعایت تذکرات؛ موارد را به وزارت بهداشت اطلاع دهند.
 ۵. در خرید محصولات غذایی به برچسب مواد غذایی جهت اطلاع از ارزش غذایی ماده، کنترل مجوزهای بهداشتی، تاریخ تولید و انقضا توجه نمایند.
 ۶. در مناسبت‌های غذا و تغذیه که دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور اقدام به توزیع مواد آموزشی و ارائه آموزش‌های تغذیه‌ای می‌نمایند شرکت کرده و اطلاعات عمومی تغذیه‌ای خود را ارتقا دهند.
 ۷. تبلیغات عمومی مغایر با اصول توصیه شده توسط وزارت بهداشت در مورد مواد خوراکی و نوع تغذیه را به وزارت بهداشت اطلاع داده و تحت تأثیر تبلیغات اغواگرانه قرار نگیرند.
 ۸. مراجعه به رستوران‌های ارائه‌دهنده غذاهای سالم و سنتی را به فروشگاه‌های فست فود ترجیح دهند. یا بهتر است بگوییم: مصرف فست فودها را به حداقل برسانند.
 ۹. برای دریافت رژیم غذایی متناسب با سن، جنس و وضعیت جسمانی خود و کنترل وضعیت سلامت تغذیه‌ای خود حداقل یک بار به مشاورین تغذیه مراجعه نمایند.
 ۱۰. غذای سالم و مغذی حق همه مصرف‌کنندگان است. در صورت مشاهده مغایرت با سلامت در مواد غذایی ارائه شده در رستوران‌ها و مراکز عرضه و توزیع غذا، مراتب به مسئولین اطلاع داده شود.
 ۱۱. تغذیه سالم و صحیح را به فرزندان خود از کودکی آموزش دهند.
 ۱۲. عادات غذایی سالم را در منزل، جایگزین عادات غذایی ناسالم (مانند مصرف مکرر فست فودها) نمایند.
 ۱۳. توصیه‌ها و آموزش‌های تغذیه‌ای را از افراد واجد صلاحیت و تأیید شده از سوی وزارت بهداشت بپذیرند و تحت تأثیر آموزش‌های افراد فرصت طلب و ناآگاه قرار نگیرند. برای اطمینان از صلاحیت افراد می‌توانند اطلاعات لازم را از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های مورد نظر کسب نمایند.
 ۱۴. در تهیه و توزیع غذاهای نذری در مناسبت‌های مختلف، نکات بهداشتی و تغذیه‌ای را مطابق با توصیه‌های وزارت بهداشت رعایت نمایند.

پیوست پنجم آیین نامه اجرایی:

تفاهم نامه همکاری بین بخشی وزارت خانه ها و سازمان های متولی و مسئول در تغذیه و امنیت غذایی محوریت سلامت در پیشرفت و عدالت پایدار، پارادیم مسلط دنیای امروز است؛ شواهد معتبر علمی مشخص کرده اند، شرایطی که مردم در آن به دنیا می آیند، رشد، زندگی و کار می کنند بر وضعیت سلامت تأثیرات چشم گیری دارد و نابرابری در این شرایط علل ریشه ای بی عدالتی در وضعیت سلامت می باشد؛ بنابراین رفع بی عدالتی در سلامت نیاز به سیاست ها و برنامه هایی بین بخشی برای رفع علت های ریشه ای ناخوشی های یعنی عواملی خارج از وجود انسان و دست ساخت بشر دارد. لذا با توجه به بند ۱۹ سیاست های کلی برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور مبنی بر «تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به یکپارچگی در سیاست گذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی»، بند ب ماده ۳۶ قانون برنامه پنجم توسعه که «سیاست گذاری، برنامه ریزی و نظارت بخش سلامت را در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می کند»، بند د ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه که وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی را مکلف به تدوین سبد غذایی مطلوب برای گروه های مختلف می کند، بند ح ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم که به طور شفاف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را «سیاست گذار و ناظر عالی سلامت در کشور» معرفی می کند و همچنین فرمایش مؤکد مقام معظم رهبری در اول فروردین ماه ۱۳۸۹ که «مسأله سلامت، هم در برنامه پنجم باید مورد توجه ویژه قرار بگیرد، هم در برنامه ریزی های گوناگون اجرایی در دستگاه های مختلف»، تبصره دوم ماده ۱۴۹ قانون برنامه پنجم توسعه، سیاست شماره ۹ نقشه تحول نظام سلامت مبنی بر تأمین حق مردم در بهره مندی عادلانه از سبد غذایی و آشامیدنی مطلوب و مکفی و همچنین اولویت های علم و فناوری کشور در نقشه جامع علمی کشور در توسعه آموزش ها و پژوهش های حوزه تغذیه و پیشگیری، به منظور بهره مندی از مواد غذایی سالم و حفظ سلامت جامعه تدوین شده است، این تفاهم نامه فی مابین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی [از این به بعد وزارت بهداشت] و دستگاه های اجرایی مسئول در امر تغذیه و امنیت غذایی برای استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور که در ذیل توافق شده است، مبادله می گردد.

ماده یک) هدف تفاهم نامه

طرفین تفاهم نامه تا پایان سال ۱۳۹۹ توانسته اند با نهادهای سازشی همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم، ضمن بهبود دسترسی فیزیکی و اقتصادی عادلانه به غذا، نشانگرهای کم خوری، پر خوری، بد خوری و پیامدهای آن را (در حد پیش بینی برنامه تغذیه و امنیت غذایی) بهبود دهند و ضمن قرار دادن همه استان های کشور در وضعیت مطلوب تغذیه و امنیت غذا، رتبه کشور در منطقه را نیز ارتقا دهند.

ماده دو) تعهدات طرفین

- ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت های بهداشت و درمان): طراحی، استقرار و ارزشیابی برنامه های «غذای سالم و ایمن در سطح عرضه، سلامت تغذیه ای از آغاز زندگی، سیاست ها و راهنماهای غذا و تغذیه، ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای و تشویق مصرف کنندگان و فراهم آوردن غذا، تضمین هم افزایی درون و برون بخشی تغذیه سالم و مناسب از جمله اطمینان از برنامه های حمایت تغذیه ای از گروه های فقیر و آسیب پذیر، مراقبت تغذیه ای گروه های سنی در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، بهبود کیفیت خدمات تغذیه و ایمنی غذا در بیمارستان ها و مدیریت تغذیه در بحران»
- ۲- سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی: طراحی، استقرار و ارزشیابی برنامه های «کمک به استاندارد سازی زنجیره غذا، استقرار و توسعه شبکه ملی پایش غذا، برجسب گذاری محصولات غذایی، ارتقای سطح ایمنی و کاهش عوامل خطرزای شاخص در محصولات غذایی و کشاورزی اولویت دار و درجه بندی دوره ای مراکز تولیدی خوراکی و آشامیدنی
- ۳- وزارت جهاد کشاورزی: طراحی، استقرار و ارزشیابی برنامه های «تولید محصول کشاورزی سالم»
- ۴- وزارت صنعت معدن و تجارت: طراحی، استقرار و ارزشیابی برنامه های فراهمی اقلام اصلی غذایی و تضمین بازار مناسب و ابزارهای اقتصادی مؤثر بر تغذیه مناسب و سالم (مالیات ها، یارانه ها، وام)
- ۵- وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی: طراحی، استقرار و ارزشیابی برنامه حمایت از تغذیه گروه های فقیر و آسیب پذیر
- ۶- سازمان ملی استاندارد: طراحی، استقرار و ارزشیابی برنامه استاندارد سازی زنجیره غذا و تغذیه
- ۷- سازمان صدا و سیما: تولید و پخش برنامه های ملی و استانی (بومی) برای ارتقای سواد تغذیه ای مردم و گروه های درگیر در تغذیه و امنیت غذایی
- ۸- اتاق بازرگانی: تدوین و استقرار برنامه مشارکت و حمایت بخش خصوصی در ارتقای تغذیه و امنیت غذایی کشور

۹- شورای عالی استان‌ها: تدوین و استقرار برنامه مشارکت و حمایت شوراهای اسلامی شهرها و روستاها در ارتقای تغذیه و امنیت غذا کشور

ماده سوم) شرایط اجرای تفاهم‌نامه

۱. طرفین تفاهم‌نامه حداکثر یک ماه پس از امضای آن رابط تغذیه و امنیت غذای دستگاه را به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور معرفی می‌نمایند.
۲. به منظور تسهیل ارتباط بین بخشی و دستیابی به اهداف تفاهم‌نامه لازم است رابط دستگاه فردی حداقل دارای مدرک کارشناسی ارشد، علاقمند به امور همکاری بین بخشی در سلامت، سابقه کاری حداقل ۵ سال، مستخدم رسمی و شهرت علمی و اجرایی مناسب در دستگاه باشد.
۳. برای عملیاتی کردن تعهدات و به منظور تعیین اقدامات عینی و ملموس ضرورت دارد طرفین در کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی در سه ماهه پایان سال برنامه عملیاتی سال بعد را مشخص نموده و به شورای عالی گزارش نمایند.
۴. محل تأمین مالی در هر برنامه عملیاتی سالانه ردیف‌های بودجه‌ای دستگاه‌ها و منابع تخصیصی ویژه اقدامات سلامت محور توسط معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور خواهد بود، به همین منظور ضرورت دارد نماینده بودجه دستگاه‌ها در جلسات سه ماهه پایانی سال حضور یابند.
۵. گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی به طور فصلی با همکاری رابط دستگاه و توسط دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تدوین و به شورای عالی ارائه می‌شود.
۶. مسئولیت حسن اجرای این تفاهم‌نامه بالاترین مقام مسئول در دستگاه و سازمان است.

وزیر بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی پزشکی

وزیر جهاد کشاورزی

وزیر تعاون، کار و رفاه
اجتماعی

وزیر صنعت، معدن و
تجارت

رییس اتاق بازرگانی

رییس سازمان صدا و سیما

رییس شورای عالی استانها

رییس سازمان ملی
استاندارد ایران

پیوست ششم: برنامه عملیاتی دفتر بهبود تغذیه جامعه در سال ۱۳۹۲

حوزه عملیات	برآمدها
۱ برنامه اول: فرهنگ و سواد تغذیه‌ای	• تدوین برنامه عملیاتی فرهنگ و سواد تغذیه‌ای براساس نتایج KAP و اجرای یکپارچه در سال ۹۲
۲ برنامه دوم: بازبینی و تدوین پروتکل‌ها و استانداردهای تغذیه	• بازبینی پروتکل بحران با تأکید بر نقش کارشناسان مسئول تغذیه معاونت‌های بهداشتی • ابلاغ سیاست تغذیه‌ای سال ۹۲ • نظارت در عرضه، برچسب‌گذاری، فرمول غنی‌سازی، تغذیه در بیمارستان پروتکل پزشک خانواده
۳ برنامه سوم: هم‌افزایی درون و برون بخشی	• پایش تفاهم‌نامه‌های دانشگاه‌ها • انعقاد تفاهم‌نامه‌های درون بخشی و پایش در نیمه دوم سال از طریق شورای مراقبت • انعقاد تفاهم‌نامه‌های برون بخشی و پایش در نیمه دوم سال از طریق کارگروه تخصصی
۴ برنامه چهارم: مطالعات، ارزشیابی و دیده‌بانی	• طراحی نظام دیده‌بانی تغذیه امنیت غذا و پایلوت آن در سال ۹۲ • ارزشیابی برنامه مشارکتی - حمایتی، آهن یاری، پایش ملی IDD • پایلوت غنی سازی آرد با Zn • بررسی مصرف خانوار (اقدام اصلی مواد غذایی) • بررسی امکان تدوین قانون تغذیه کشور
۵ برنامه پنجم: تغذیه در بحران	• پایش آموزش و توانمندسازی استان‌ها
۶ بستر سازی	• پیگیری استقرار ساختار دفتر بهبود تغذیه جامعه • صدور احکام کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی و تشکیل اولین جلسه توجیهی و تدوین برنامه عملیاتی سه ساله دستگاه‌ها • صدور احکام شورای مراقبت از برنامه‌ها و تدوین عملیات سال • صدور احکام کمیته هماهنگی درون بخشی و تدوین عملیات سال • جذب منابع مالی برای پیشبرد برنامه‌ها • جلب حمایت • همایش‌های تخصصی

پیوست هفتم: تفاهم نامه سالانه استقرار سند (استانی / دانشگاهی)

پیرو ابلاغ شماره ۱۰۰/۱۹۱۸ مورخ ۱۳۹۱/۱۲/۲۸ سند ملی تغذیه و امنیت غذایی، نامه شماره ۳۰۰/۱۵۵۰۹ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۲۱ معاون محترم بهداشت در زمینه راهنمای تدوین برنامه عملیاتی سند ملی تغذیه و امنیت غذایی و ضرورت اجرای اولویت های مندرج در این سند، پروژه های مندرج در جدول ذیل جهت اجرا و استقرار برنامه های فوق در قالب تفاهم نامه بین معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و مدیرکل دفتر بهبود تغذیه جامعه منعقد می گردد.

بودجه میلیون ریال	مجری	زمان بندی			پروژه ها	ردیف
		برآمد فصل یک (۳۰٪): پایان شهریور ماه	برآمد فصل دو (۳۰٪): پایان آذر ماه	برآمد فصل سه (۴۰٪): پایان اسفند ماه		
جمع						

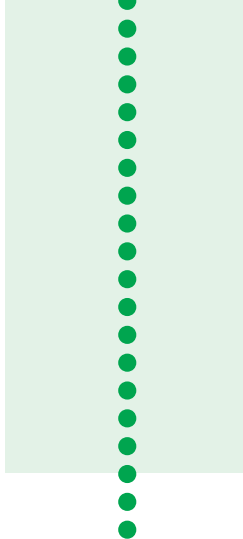
شرایط اجرا

۱. کارشناس مسئول بهبود تغذیه جامعه هماهنگ‌کننده و مسئول پایش روند اجرای پروژه‌ها است که زیر نظر معاون بهداشت و رئیس مرکز بهداشت استان فعالیت می‌کند.
۲. مجری کلیه پروژه‌ها با توجه به برآمدهای مندرج حداکثر تا پایان فروردین ماه ۱۳۹۲ باید تعیین و طی نامه کتبی معاون بهداشتی به ستاد (دفتر) اعلام شود.
۳. تخصیص‌ها در ابتدای برآمد انجام می‌شود، تخصیص دوم به شرط تأیید گزارش برآمد اول و تخصیص سوم به شرط تأیید گزارش برآمد دوم صورت می‌پذیرد. تخصیص سال بعد به شرط ارائه گزارش‌های نهایی (برآمد فصل سوم) صورت می‌گیرد.
۴. استاندارد گزارش‌های مربوط به هر برآمد در ابتدای هر فصل توسط ستاد (دفتر) ابلاغ می‌گردد، گزارش‌های خارج از این چارچوب بررسی نخواهد شد؛ بدیهی است نتایج بررسی برآمدهای هر فصل حداکثر ۱۵ روز بعد از مهلت از طریق پورتال دفتر اعلام می‌شود.
۵. برای تسریع و اجرای مؤثر پروژه‌ها بهتراست سازمان قبول‌کننده پروژه‌ها ضمن اطمینان از توانمندی مجری پروژه‌ها از ناظر فنی استفاده کند.
۶. پروژه‌ها در قالب شناسنامه‌های ارسالی از طرف ستاد تدوین و اجرا می‌گردد.
۷. بودجه‌های قید شده تخمینی می‌باشد و براساس اعتبارات تخصیصی سال ۹۲ بودجه نهایی تعیین خواهد شد.

کارشناس مسئول ستادی	کارشناس مسئول (رابط) استانی / دانشگاهی	ناظران فنی تفاهم‌نامه از طرف ستاد
مقام مسئول در سازمان مجری معاون بهداشتی دانشگاه		مقام مسئول در واحد ستادی مدیرکل دفتر بهبود تغذیه جامعه

دستیابی به زبان مشترک و تعهد جمعی ذینفعان (درون و برون بخشی)، بستر مناسب برای عملیاتی سازی اسناد بالادستی و سرعت بخشیدن به حمایت طلبی در جذب منابع مالی و الزامات (از جمله ساختار و نظام کاری در سطح شهرستان، استان و ستاد) از اهداف کاربردی تدوین سند بوده است که با توجه به محصولات طرح به شرح زیر تا حد زیادی به دست آمده است:

۱. تدوین سند ملی تغذیه و امنیت غذایی با مشارکت ذینفعان و به استناد شواهد موجود.
 ۲. تعیین تکالیف و انتظارات از دستگاه های در قالب تفاهم نامه بین دستگاه های مسئول اصلی
 ۳. تفاهم نامه بین دانشگاه ها و دفتر بهبود تغذیه جامعه برای استقرار سند
 ۴. پیش بینی بسترهای لازم در قالب تفاهم نامه های درون بخشی برای استقرار سند
 ۵. پیش بینی سه نوع تیم برای پایش برنامه: کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور (متشکل از نمایندگان دستگاه های مسئول)، کمیته مراقبت از برنامه (متشکل از خبرگان و مشاوران)، کمیته هماهنگی درون بخشی (کمیته سه نفره شامل رئیس مرکز سلامت محیط و کار، مدیرکل دفتر بهبود تغذیه جامعه و معاون غذایی سازمان غذا و دارو)
- در یک دهه گذشته برنامه های ملی مختلفی در حوزه تغذیه و امنیت غذایی تهیه و به اجرا گذاشته شده است، از آن جمله می توان به سند ملی توسعه فرابخشی امنیت غذا و تغذیه، ۱۳۸۳ (ذیل برنامه چهارم)، بسته اجرایی امنیت غذا و تغذیه، ۱۳۸۹ (ذیل برنامه پنجم توسعه) و نقشه تحول نظام سلامت، ۱۳۹۰ اشاره کرد اما این اسناد مشروعیت کافی پیدا نکردند چراکه به اندازه کافی مالکیت درون و برون بخش ایجاد نشد و یا نظام عملیاتی سازی و پایش برنامه شفاف نبود.



فصل چهارم: بحث و پیشنهاد



مقایسه برنامه فعلی با برنامه‌های قبلی ویژگی‌های این کار جمعی را در جدول زیر آشکار می‌کند:

معیارهای مقایسه	برنامه‌های قبلی	برنامه فعلی
تحلیل وضعیت	اغلب بر مبنای شاخص‌های تغذیه	تحلیل وضعیت نظام تغذیه و امنیت غذایی ملحوظ کردن شاخص‌های سطح اثر و پیامد (در دو مقطع ۹۴ و ۹۹) تحلیل وضعیت برنامه‌ها یا مداخلات فعلی سلامت روان استفاده از آخرین شواهد موجود داخل کشور
مشارکت ذینفعان	تکالیف شفاف نبوده است	مشارکت واحد‌های ستادی وزارت بهداشت و تعیین انتظارات آنها تعیین تکالیف مراجع فرادستی و سازمان‌های بین‌بخشی مشارکت کارشناسان تغذیه در ستاد و استان‌ها مشارکت جمعی و اجماع خبرگان تغذیه کشور
استفاده از مداخلات متنوع	توجه کم به مدل مفهومی جامع	استفاده از مدل مفهومی خلاصه و مداخلات مندرج در هر کدام و ملحوظ کردن تعریف امنیت تغذیه‌ای به جای امنیت غذایی در سه حیطه: «تأمین پایدار غذا، ایمنی غذایی و تغذیه»
تجربیات بین‌المللی	استفاده کم از گزارش‌های جهانی	از اغلب گزارش‌های منتشر شده تغذیه و غذا بعد از ۲۰۰۰ بهره گرفته شده
توجه به اسناد بالادستی و همزمانی با برنامه توسعه	تکیه محدود	طیفی وسیع از اسناد بالا دستی بخشی و برون‌بخشی همزمانی با برنامه‌های توسعه پنجم و ششم
مشروعیت برنامه	برنامه پنجم مصوب مجلس، برنامه نقشه تحول مصوب هیأت دولت	تصویب شورای سیاست‌گذاری تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور ابلاغ معاون بهداشتی وزیر ابلاغ سازمان غذا و دارو
نظام استقرار و عملیاتی شدن آن	در اغلب موارد مستند عملیات در دسترس نیست	الزامات استقرار برنامه به صورت تقسیم کار، آماده‌سازی کارشناسان ستاد و محیطی، ساختار عملیات کار، شیوه‌نامه استقرار در سطح استان‌ها، تفاهم‌نامه‌های درون و برون‌بخشی

با این که این ویژگی‌های مدیون افزایش یادگیری سازمانی در وزارت بهداشت در تدوین و استقرار برنامه‌های راهبردی است اما این مزایا نباید خطر فراموش شدن برنامه‌ها به دنبال تغییر مدیران را رقیق کند، بنابراین لازم است کلیه اقدامات نهاده‌سازی برنامه تکمیل شود. با توجه به وضعیت تغییرات مدیریتی

و سیاسی کشور اجرای برنامه در سه مرحله پیش‌بینی شده است:

- مرحله آماده‌سازی استقرار (شش ماهه اول سال ۱۳۹۲)
- مرحله بسترسازی مداخلات (شش ماهه دوم سال ۱۳۹۲)
- مداخلات مرتبط به شاخص‌های سطح پیامد (۱۳۹۳-۱۳۹۴)
- ارزشیابی و تصمیم برای برنامه بعدی (اواخر ۱۳۹۴)

صدور احکام عضویت و توجیه نمایندگان دستگاه‌های خارج از وزارت بهداشت در کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی و استقرار نظام انگیزشی آنها کمک خواهد کرد تا همکاری بین‌بخشی قوت بگیرد و فرآیند فرسایشی پیگیری‌های سنتی جای خود را به ارتقای مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی شرکا بدهد. استقرار نظام مدیریت پروژه و کاربست نتایج آنها در حوزه ستادی و سازماندهی شیوه پایش دانشگاه‌ها و استفاده از خبرگان و ذخایر علمی بهبود تغذیه جامعه (کمیته مراقبت از برنامه‌ها) همه و همه به نهادینه‌سازی و استقرار هر چه بهتر کمک خواهد کرد.

کمیته سه نفره بخش بزرگی از ناهماهنگی‌ها را در درون ستاد وزات بهداشت از بین خواهد برد: موضوع ایمنی غذایی تا قبل از عرضه با سازمان غذا و دارو، ایمنی غذا در عرضه با مرکز سلامت محیط و کار و ارتقای سواد تغذیه‌ای مردم و استانداردهای تغذیه با دفتر بهبود تغذیه جامعه، سه کارکرد مکمل هستند که نیازمند کار گروهی و منسجم است، البته در همین زمینه لازم است همپوشانی وظایف سازمان غذا و دارو و سازمان ملی استاندارد رفع گردد.

با این که در جریان تدوین سند تغییرات مدیریتی وسیعی در وزارت بهداشت به وجود آمد اما کار تدوین و مشروعیت بخشی به سند ادامه پیدا کرد به طوری که رایزنی‌های دفتر بهبود تغذیه جامعه موجبات توجیه مدیران جدید را فراهم کرده است.

آن چه که به طور عملی متولیان را به اهداف راهبردی تعیین شده نزدیک می‌کند همکاری و اقدام عملیاتی دانشگاه‌ها در پهنه جغرافیایی کشور است و این مهم فقط با کمک رؤسا، معاونان و رؤسای شبکه‌های بهداشتی درمانی قابل انجام خواهد بود. در این میان نمی‌توان نقش ستاد وزارتی (دفتر بهبود تغذیه جامعه) را نادیده گرفت، به عبارت دیگر برای پایش دانشگاه‌ها نیازمند تغییرات عملکردی در حوزه ستادی هستیم به این ترتیب که ابتدا باید ساختار دفتر بهبود تغذیه جامعه احیا شود و سپس این ساختار

متناسب با کارکردهای اصلی دفتر بازمینی شود، در بازمینی اولیه کارکردهای اصلی دفتر به شرح پنج برنامه زیر جمع‌بندی و استخراج شده است:

- برنامه اول: فرهنگ و سواد تغذیه‌ای
 - برنامه دوم: بازمینی و تدوین شیوه‌نامه‌ها و استانداردهای تغذیه
 - برنامه سوم: هم‌افزایی درون و برون‌بخشی
 - برنامه چهارم: مطالعات، ارزشیابی و دیده‌بانی
 - برنامه پنجم: تغذیه در بحران
- در همین ارتباط لازم است شیوه کار کارشناسان ستادی نیز تغییراتی پیدا کند. با توجه به بلوغ اغلب دانشگاه‌های علوم پزشکی در جنبه‌های آموزشی، پژوهشی و خدمات لازم است شیوه‌نامه استقرار سند حاضر به صورت راهنما ابلاغ گردد و با استفاده از خلاقیت و ابتکار عمل دانشگاه‌ها این اهداف به دست بیاید. در نظر داشتن این اقدام دانشگاه‌ها برای ارزشیابی و رتبه‌بندی بسیار مهم خواهد بود.

منابع

الف) بخش مرور متون

1. Roxx, C (2000) who should implement nutrition interventions? The application of institutional economics to nutrition and significance of various constraints to the implementation of nutrition interventions, the international bank for reconstruction and development, the world bank, Washington DC
2. Cannon, G (2007). Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. American Institute for cancer research. Available from: www.aicr.org/research/research_science_expert_report.html Cached
3. WHO (2010). A Review of Nutrition Policies. WHO, Geneva. Available from http://www.who.int/nutrition/EB128_18_Backgroundpaper1_A_review_of_nutrition_policies.pdf
4. Improving public understanding for communicating emerging science on nutrition, Foodsafety, and health (1998). Journal of National Cancer Institute Volume 90, Number 3.
5. Awini, N (2002). The Role of Partnership in Capacity Building in Public Health Nutrition – Experience of Malaysia. Mal J Nut, 8(1), pp.99107 –.
6. The International Bank for Reconstruction and Development. Food Prices, Nutrition, and the Millennium Development Goals. The International Bank for Reconstruction and Development: Washington, 2012
7. WHO Regional Office for Europe (2008) WHO European action plan for food and nutrition policy 2007-2012 –. World Health Organization: Denmark.
8. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington, DC: AICR, 2007
9. Ghassemi H, Harrison G and Mohammad K (2002) an accelerated nutrition transition in Iran. Public Health Nutrition: 5(1A), 149155 –
10. Food and agriculture organization of the United Nations (1993) guidelines developing national plans of action for nutrition, Rome. Italy
11. Ismail, S, immnik, M, mazar, I, nantel, G (2003) community-based food and nutrition programs: what makes them successful, a review and analysis of experience, food and agriculture organization of the united nations, Rome. Italy
12. Lang, T, Robertson, A, Nishida, CH, Caraher, M, Clutterbuck, CH (2002) development of food and nutrition action plans in southern European countries. European regional office of World Health Organization http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015152205/E77264.pdf
13. Caraher, M, Crawley, H, Lioid, S. (2009) Nutrition policy across the UK (Briefing Paper). Centre

- for Food Policy, City University, London
14. Rainer, G. Schoeneberger, H. Pfeifer, H. A. Preuss, H.J. (2000) The Four Dimensions of Food and Nutrition Security: Definitions and Concepts, Nutrition and Food Security, FAO
 15. 2011 global food policy report. International Food Policy Research Institute. Washington. USA. 2012.
 16. Klenner, K. (2011) Achieving Food and Nutrition Security, Internationale Weiterbildung und Entwicklung GmbH, Capacity Building International, Germany
 17. A. Hammond, R. Dubé, L. A systems science perspective and trans-disciplinary models for food and nutrition security. www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0913003109 in March 30, 2012
 18. Agriculture & Rural Development Department (2007) From Agriculture to Nutrition: Pathways, Synergies and Outcomes, The World Bank, Washington DC
 19. Evans A. The Feeding of the Nine Billion Global Food Security for the 21st Century. The Royal Institute of International Affairs Chatham House. London, 2009 pp:610-
 20. Right to Food and Nutrition Watch Consortium 2010
 21. Global Perspective Studies Unit, Food and Agriculture Organization of the United Nations Prospects for food, nutrition, agriculture and major commodity groups. *World agriculture: towards 2030/2050* /. Rome, 2006 pp:17-
 22. Food Planning and Monitoring Unit (FPMU) (2008), National Food Policy Plan of Action 2008-2015-. Ministry of Food and Disaster Management. Dhaka, Bangladesh.
 23. Guenther PM, Krebs-Smith SM, Reedy J, et al. The healthy eating index (HEI). Fact Sheet No.1. Center for Nutrition Policy and Promotion. Retrieved from <http://www.cnpp.usda.gov/Publications/HEI/healthyeatingindex2005factsheet.pdf> in 11/2012/16/
 24. Ismail Sh, Immink M, Mazar I, Nantel G) 2003 (Community-based food and nutrition programs: what makes them successful-A review and analysis of experience. Food and Agriculture Organization of the United Nations Rome, pp:3944-
 25. World Health Organization. (2003) Diet, Nutrition And The Prevention Of Chronic Diseases. Geneva ;pp:134144-.
 26. South Australian child care nutrition partnership (2005) Guidelines for food and nutrition policy in child care centers. Adelaide, 2022-

ب) سایر منابع

۱. صادقیان شریف، س. صادقی قطب آبادی، ف. احمدی، ش. حبیبی، م. روزبهانی، م (۱۳۸۹) سبدهای غذایی و نیازهای تغذیه‌ای در بحرانها و جایگاه تولیدات کشاورزی. دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و پژوهشکده مهندسی وزارت جهاد کشاورزی.
۲. کلاهدوز، ف. نجفی، ف (۱۳۹۰) سامانه ملی امنیت غذا و تغذیه در ایران و تدوین اولین نقشه‌ی آسیب‌پذیری و ناامنی غذایی در کشور (پژوهش سمپا) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کرمانشاه. دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۳. عبداللهی، ز. صالحی، ف. غلامی، س. ر. دانش دوست، م. شایباز، م. پورمقیم، م (۱۳۸۹) دستورالعمل اجرایی پایش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید (IDD)، معاون بهداشت، معاونت غذا و دارو، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۴. عبداللهی، ز. شیخ الاسلام، ر (۱۳۸۱) گزارش مقایسه اثربخشی دوز هفتگی مکمل آهن در دو دوره ۱۶ و ۲۰ هفته در دختران دانش‌آموز دبیرستانی در منطقه ساوجبلاغ، معاونت سلامت، دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۵. دفتر بهبود تغذیه جامعه، اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس، دفتر سلامت و تندرستی (۱۳۸۵) دستورالعمل اجرایی برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان دختر از طریق آموزش تغذیه و آهن‌یاری هفتگی. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت آموزش و پرورش.
۶. دبیرخانه شورای غذا و تغذیه کشور (۱۳۸۲). گزارش تحلیلی وضعیت گندم، آرد و نان در کشور و مصوبات دبیرخانه شورای غذا و تغذیه کشور.
۷. معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان بوشهر. غنی‌سازی آرد با آهن، دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۸. دانشکده علوم تغذیه و رژیم‌شناسی، دانشکده بهداشت (۱۳۹۱) پژوهشی در وضعیت ریزمغزی‌های ایران در سال ۱۳۹۱ (پورا۲) دستورالعمل اجرایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۹. ترابی، پ. شیخ الاسلام، ز. مینایی، م (۱۳۸۷) راهنمایی کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی، مجموعه کتابهای تغذیه برای پزشک خانواده، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۱۰. درستی، الف. عبداللهی، ز. فلاح، ح. والافر، ش. راهنمای کشوری و زنگیری مادران باردار، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی اردبیل، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۱۱. مینایی، م. صادقی قطب آبادی، ف. کمالی، ب. جانجانی، ح (۱۳۸۶) دستورعمل اجرایی طرح حمایت تغذیه‌ای مادران باردار و شیرده نیازمند، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت امور حمایت خانواده کمیته امداد امام خمینی، دفتر مطالعات اجتماعی و فقرزدایی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی.
۱۲. معاونت هدفمند نمودن یارانه‌ها و رفاه اجتماعی (۱۳۸۷) طرح ارائه سبد غذایی به کودکان زیر ۶ سال خانواده‌های نیازمند، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی.
۱۳. دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۵) دستورعمل اجرایی برنامه مشارکتی- حمایتی بهبود وضع تغذیه کودکان، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی، سازمان بهزیستی کشور، سازمان نهضت سوادآموزی، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت کشور.
۱۴. حسینی، م (۱۳۷۹) گزارش نتایج آنالیز طرح تعیین الگوی مداخله‌ای مناسب برای کاهش سوء تغذیه کودکان زیر پنج سال و ارزشیابی آن در مناطق روستایی شهرستان‌های ایلام، برازجان و بردسیر، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۱۵. صادقی قطب آبادی، ف. مینائی، م. صادقیان شریف، س (۱۳۸۶) مجموعه دستورالعمل‌های اجرایی و بسته آموزشی مدیریت تغذیه در بحران، معاونت سلامت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت)، درمان و آموزش پزشکی.
۱۶. اداره قلب و عروق، (۱۳۸۴) برنامه کشوری پیشگیری. کنترل بیماری چاقی (متن آموزشی پزشکان)، مرکز مدیریت بیماری‌ها، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۱۷. اداره بهبود تغذیه جامعه. جزوه‌ای برای آموزش ناظران کارکنان سلامت جامعه، بیاموزیم که به مادران گوش بدهیم، تقویت مهارت‌های ارتباطی برای ارتقای رشد و تغذیه، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صندوق کودکان سازمان ملل در جمهوری اسلامی ایران.
۱۸. عبداللهی، ز. حیدری. صراف‌زادگان، ن. پورآرام، ح. خسروی، ع (۱۳۹۰) برنامه بلندمدت کاهش مصرف نمک در سطح جامعه و گروه‌های در معرض خطر، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مرکز تحقیقات فشارخون، پژوهشکده قلب و عروق اصفهان.
۱۹. دفتر بهبود تغذیه جامعه (۱۳۹۰) چکیده‌ای از گزارش اولین جشنواره ملی شیر و سلامت ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۲۰. دفتر بهبود تغذیه جامعه (۱۳۹۰) برنامه ۵ ساله کاهش مصرف نمک در کشور، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۲۱. صادقی، ش. ترابی، پ. مینایی، م. صادقی قطب آبادی، ف. صادقیان شریف، س (۱۳۸۹) راهنمای آموزش تغذیه در دوران‌های مختلف زندگی (ویژه کارکنان بخش‌های توسعه و رفاه اجتماعی)، صندوق کودکان سازمان ملل متحد

- (یونیسف)، دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۲۲. دفتر بهبود تغذیه جامعه (۱۳۸۳) سیمای تغذیه کودکان (کتاب دوم)، صندوق کودکان سازمان ملل متحد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۲۳. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۷) سیمای تغذیه کودکان در استان ها، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف).
۲۴. عزیزی، ف. دلشاد، ح (۱۳۹۰) گزارش چهارمین پایش کشوری برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۶، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پژوهشکده علوم غدد درون ریز دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.
۲۵. صدرزاده یگانه، ه. حسینی، م. عبدالحی، ز. فلاح، ح (۱۳۹۰) گزارش بررسی اثربخشی برنامه حمایت تغذیه ای از طریق سبذ غذایی در زنان باردار و شیرده نیازمند مبتلا به سوء تغذیه در شهرستان های استان چهارمحال و بختیاری. دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۲۶. دفتر بهبود تغذیه جامعه (۱۳۸۶) میزان بروز زایمان زودرس، نوزاد کم وزن و عوامل مؤثر بر آن در اقلیم های متفاوت ایران ۱۳۸۲ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف).
۲۷. معاونت سلامت (۱۳۸۴) بهبود رشد و تغذیه کودکان (مجموعه آموزشی ویژه پزشکان)، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف).
۲۸. دفتر بهبود تغذیه جامعه (۱۳۹۰)، گزارش وضعیت سالانه ید ادرار دانش آموزان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۲۹. عزیزی، ف. شیخ الاسلام، ر (۱۳۸۵) گزارش پایانی پایش شیوع گواتر و میزان ید ادرار دانش آموزان ۷ تا ۱۰ ساله ایرانی (۸۱-۱۳۸۰)، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف).
۳۰. حسینی، ه (۱۳۹۰) تدوین ساختار نظام یکپارچه ایمنی غذا در کشور، شورای سیاست گذاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۳۱. شیخ الاسلام، ر. تشکری، ن (۱۳۷۸) پایش و ارزیابی نمک های یددار در راستای برنامه همگانی کردن مصرف نمک یددار در جمهوری اسلامی ایران، اداره تغذیه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف).
۳۲. ترابی، پ. کلاهدوز، ف. شیخ الاسلام، ر (۱۳۸۷) تغذیه سالمندان در سلامت و بیماری، دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۳۳. ترابی، پ. عبداللهی، ز. زارعی، م. خطیبی، م (۱۳۹۱) تغذیه و سلامت مردان، سلسله مباحث اصلاح الگوی مصرف، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۳۴. ترابی، پ. طلاکش، ف. (۱۳۹۰) تخم مرغ، معجزه‌ای در سفره، سلسله مباحث اصلاح الگوی مصرف، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ستاد کشوری ترویج مصرف تخم مرغ.
۳۵. پورآرام، ح. ترابی، پ (۱۳۹۰) درباره «نان» برکت الهی چه میدانید؟ سلسله مباحث اصلاح الگوی مصرف، مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر و خاص، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۳۶. بهمنی، م. پیراوی و نک، ز. ترابی، پ. خلجی، آ. خلیلی، الف، خوش طینت، خ (۱۳۹۱) آن چه باید درباره چربی‌ها و روغن‌ها بدانیم، سلسله مباحث اصلاح الگوی مصرف، شورای سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و بهبود کیفیت و ایمنی روغن‌های خوراکی، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۳۷. اسفرجانی، ف. ابتهی، م. ترابی، پ. خلیلی، م. دادخواه پیرآغاج، م (۱۳۹۱) از نوشیدنی‌ها چه میدانید؟ سلسله مباحث اصلاح الگوی مصرف، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۳۸. شیخ الاسلام، ر. عبداللهی، ز. مینایی، م (۱۳۷۸) مجموعه آموزشی برای زنان روستایی، تغذیه گروه‌های آسیب‌پذیر، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف).
۳۹. عبداللهی، ز. مینائی، م. کلاهدوز، ف (۱۳۸۳) پیشگیری و کنترل کمبود ویتامین A، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف).
۴۰. عبداللهی، ز. پورآرام، ح. جاهدی، ع (۱۳۸۶) غنی سازی آرد با آهن و اسیدسولفولیک در ایران، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۴۱. فریتس، واندن (۱۳۸۱) راهنمای فنی مبارزه با کمبود ید، ترجمه وزیران، پ. شیخ الاسلام، ر. دفتر نمایندگی صندوق کودکان سازمان ملل متحد در ایران (یونیسف).
۴۲. کلاهدوز، ف. نجفی، ف. صادقی قطب آبادی، ف (۱۳۹۱) سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه در ایران و تدوین اولین نقشه‌ی وضعیت امنیت غذایی در کشور (پژوهش سمپات) دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۴۳. حشمت، ر (۱۳۹۰) گزارش نهایی پروژه بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد خانوارهای شهری و روستایی و کارکنان بهداشتی رده‌های مختلف در خصوص تغذیه (NUTRIKAP). دفتر بهبود تغذیه جامعه، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۴۴. صادقی، ف (۱۳۹۱) بررسی نیازهای آموزشی کارشناسان تغذیه جامعه، دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۴۵. قاسمی، ح. گزارش نهایی طرح امنیت غذا و تغذیه کشور: مطالعات الگوی برنامه‌ریزی و اجرا «مابا». انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور سازمان برنامه و بودجه، تهران، دی ماه ۱۳۷۷.
۴۶. روزگرات، م. کای، ش. کلاین، س (۱۹۵۰) آینده‌ی آب و غذا در جهان تا سال ۲۰۲۵، عبور از بحران، ترجمه: فتحی، ه. دهقان، الف. فراهانی، ع. الف. مؤسسه پژوهش‌های برنامه‌ریزی و اقتصاد کشاورزی، وزارت جهاد کشاورزی (۱۳۸۴).
۴۷. مؤسسه پژوهش‌های برنامه‌ریزی و اقتصاد کشاورزی (۱۳۸۳) چشم‌انداز کشاورزی کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی (OECD) وزارت جهاد کشاورزی.
۴۸. رحمانی، ر. بخشوده، م. زیبایی، م (۱۳۹۱) تغییرات الگوی غذایی و الگوی مصرف خانوار در ایران: تلفیق جداول داده- ستانده و سیستم تقاضای خانوار، مجله‌ی اقتصاد کشاورزی و توسعه. سال ۲۰. شماره ۷۸. ص ۱۰۷-۱۴۳.
۴۹. نجفی، ب. بررسی تجربیات جهانی یارانه غذا: رهیافتی برای ایران، گروه اقتصاد کشاورزی، دانشگاه شیراز.

ج) سایر منابع انگلیسی

50. J.Mcadam, G (2002), Food security in Connecticut, The 2001 indicators and annual report of the Connecticut food policy council. Connecticut food policy council
51. Mohd Shariff, Z. Geok Lin, KH (2004), Indicators and Nutritional Outcomes of Household Food Insecurity among a Sample of Rural Malaysian Women, Department of Nutrition and Health Sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universiti Putra, Serdang 43400 Selangor, Malaysia, Pakistan Journal of Nutrition
52. Maxwell, S. R, Frankenberg, T (1992) Household food security, concepts, indicators, measurements, A technical Review, international fund for agricultural development, united nations fund for children, UN Plaza, New York
53. Negri, S (2009) Food safety and global health, an international law perspective. Global Health Governance, v 3, n 1.
54. Ming, ZH. Hengjiang, L (2009) Study on evaluation index model and hierarchical management of food safety, Division of Food Production Supervision & Management of Shanghai Municipal Bureau of Quality and Technical Supervision, Shanghai, China
55. Baert, K. Van Huffel, X. Wilmart, O. Jacxsen, L. Berkvens, D, Diricks, H, Huyghebaert, A. YUyttendaele, M (2011) Measuring the safety of the food chain in Belgium: Development of a barometer. Food Research International, V 44, 940950-
56. A.Kleter, G. J.P. Marvin, H (2009) Indicators of emerging hazards and risks to food safety, Food and Chemical Toxicology, v 47, p 10221039-
57. Champions for change (2009) Nutrition Glossary, network for a healthy California
58. R. Bohland, J. G. Herbert, W. (2005) The Potential for Intersectoral Collaboration in Addressing Rural Health Needs. faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University. Paula J. Pheley.
59. Bureau of Public affairs, (2011) Women and Agriculture, Improving global food security, U.S. Department of states
60. United States Government Accountability Office (2011) intersectoral food assistance, better nutrition and quality control can further improve U.S. food aid, report to congressional requesters
61. United States Agency for international development (2006) U.S. International food assistance report 2006, USAID from the American people, Washington D.C.
62. Alexandratos, N. Bruinsma, J. Bodeker, G. Schmidhuber, Broca, S. Shetty, P. Ottaviani, M. (2006) World agriculture: towards 2030/2050 /, interim report, prospects for food, nutrition, agriculture and major commodity groups. Global perspective studies unit. Food and agriculture organization

- of the united states, Rome
63. Johnson, T (1998) Improving public understanding, guidelines for communicating emerging science on nutrition, food safety and health. International food information council foundation. Harvard School of Public Health
 64. International food policy research institute (2011) global food policy report 2011, Washington D.C.
 65. Nutrition and the prevention of chronic diseases (2002) Joint WHO /FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva
 66. Nutrition advisory group (1995) Food and Nutrition Policy for Ireland. Stationary office of Ireland government. Dublin
 67. Evans, A (2009) The feeding of the nine billion, Global Food Security for the 21st Century, Chatham House report. Royal institute of international affairs
 68. South Australia child care nutrition partnership (2005) Guidelines for food and nutrition policy in child care centers. Department of health
 69. WHO regional office for Europe (2003) comparative analysis for food and nutrition policies in WHO European member states, summary report. Nutrition and food security program. Copenhagen, Denmark
 70. Commonwealth department of health and family services (1998) food and nutrition policy, the first three years, implementation phase
 71. Crawley, H. (2010) Healthy eating as a public concern: nutrition policy throughout the UK. City university London, center for food policy
 72. Caraher, M. Crawley, H. Lioyd, S. (2009) Nutrition policy across the UK, briefing paper, Caroline walker trust, center for food policy. City university. London
 73. U.S. agency for international development (USAID) Developing and applying national guidelines in nutrition and HIV /AIDS. United nations funds for children. Food and nutrition technical assistance
 74. Thwin, A (2001) Promoting household food and nutrition security in Myanmar. Asia Pacific Journal v 10. P 3439-. national nutrition center, ministry of health. Yangon. Myanmar
 75. Aminpour, A (2011) guidelines for identifying and management of overweight /obesity among children and adolescents. Nutrition department, family health department, ministry of health and medical education, shaheed beheshti university of medical science
 76. Nutrition department (2001) a common nutrition project in I.R. Iran (2002-2006-) joint nutrition project, ministry of health and medical education, world bank
 77. Mahboob, S.a. abdollahi, z. pouraram, h. (2006) national plan on iron malnutrition and flour / food fortification in Iran. Nutrition department, ministry of health and medical education
 78. Ismail, s. immink, m. nantel, g (2005) improving nutrition programs, an assessment tool for action,

- food and agriculture organization of the united nations ,Rome, Italy
79. Regional office for Europe (2001) intersectoral food and nutrition policy development, a manual for decision –makers. World health organization
80. Regional office for Europe (2008) WHO European action plan for food and nutrition policy 2007 – 2012. WHO
81. Jonsson, U. (2010) the rise and fall of paradigms in world food and nutrition policy ,journal of world public health nutrition association, volume 1 , numbers 3 , 128158 –
82. Food and agriculture organization of the united nations (1993) guidelines developing national plans of action for nutrition ,Rome. Italy

۱) نامه ابلاغ سند ملی تغذیه و امنیت غذایی توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره: ۱۳۹۰/۱۹۱۸
تاریخ: ۱۳۹۰/۱۲/۲۸
بیت

بسمه تعالی



سرکار خانم دکتر رخشانی - معاون محترم بهداشت
جناب آقای دکتر امامی رضوی - معاون محترم درمان
جناب آقای دکتر حسنی - معاون محترم توسعه مدیریت و منابع
جناب آقای دکتر عین اللهی - معاون محترم آموزشی
جناب آقای دکتر شیبانی - معاون محترم وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو
جناب آقای دکتر قانعی - معاون محترم تحقیقات و فناوری
جناب آقای دکتر آیتی - معاون محترم دانشجویی و فرهنگی
جناب آقای دکتر امین لو - مشاور محترم وزیر و دبیر مجامع و شوراها و هیات امناء
جناب آقای رحمتی رودسری - سرپرست محترم مرکز روابط عمومی و اطلاع رسانی
جناب آقای دکتر طباطبایی - مشاور محترم وزیر در امر بیمارستانهای خصوصی
ریاست محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

سلام علیکم؛

همانگونه که مطلع هستید بهبود تغذیه آحاد جامعه نیازمند رویکردی یکپارچه و همه جانبه است که از طریق همکاری‌های درون و برون بخشی و مشارکت مردم میسر خواهد شد. به همین منظور "سند ملی تغذیه و امنیت غذایی" با مشارکت کلیه ذینفعان بین بخشی به ویژه وزارتخانه‌های جهاد کشاورزی، صنعت، معدن و تجارت، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان ملی استاندارد و بر اساس آخرین تحقیقات ملی در این حوزه از جمله مطالعه سبد غذایی مطلوب ایرانیان، مطالعه سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه (سمپات) و پیمایش ملی آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای کارکنان نظام بهداشتی و خانوارهای ایرانی تدوین شده است.

این سند (مطابق پیوست) حاوی سه بخش شناخت وضع موجود، جهت گیری آینده کشور برای دو مقطع زمانی در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۹ و نظام استقرار می باشد. لازم به ذکر است که پشتوانه اجرایی در تدوین سند فوق مواد ۳۲، ۳۴، ۳۷، ۳۸، ۴۳، ۱۴۵ و ۱۴۹ قانون برنامه پنجم توسعه، سیاست شماره ۹ نقشه تحول نظام سلامت (مصوب هیات محترم دولت در فروردین ۱۳۹۱) و اولویت‌های علم و فناوری در نقشه جامع علمی کشور (مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی در توسعه آموزش‌ها و پژوهش‌های حوزه تغذیه)، است.

به منظور عملیاتی کردن "سند ملی تغذیه و امنیت غذایی" راهکارهای متعددی پیش بینی شده که تشکیل کارگروه تخصصی پایش بین بخشی تغذیه و امنیت غذایی ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور (مطابق ماده ۶ آیین نامه تشکیلات شورای عالی سلامت مصوب هیات وزیران مورخ ۱۳۹۰/۸/۱۰) یکی از آن‌ها می‌باشد.

بسمه تعالی

شماره ۱۳۹۱۸/۱
تاریخ ۱۳۹۷/۱۲/۲۸
پیوست



در همین راستا دامنه همکاری و انتظارات از معاونین محترم وزارت متبوع، روسای محترم دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، معاونین و مشاورین محترم آنان و کلیه سازمان‌ها و واحدهای تابعه به شرح زیر و در ۴ صفحه ابلاغ می‌گردد:

دامنه همکاری و انتظارات از روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی:

۱. پی‌گیری تشکیل مستمر جلسات کمیته تغذیه و امنیت غذایی به ریاست معاون بهداشتی دانشگاه و طبق دستور العمل ابلاغی
 ۲. ایجاد هماهنگی بین واحدهای مختلف دانشگاه برای استقرار سند تغذیه و امنیت غذایی
 ۳. جلب همکاری بین بخشی از طریق تعریف سهم و نقش هر دستگاه و تصویب برنامه عملیاتی سه ساله (۱۳۹۴-۱۳۹۱) در کارگروه تخصصی پایش بین بخشی تغذیه و امنیت غذایی
 ۴. پایش مستمر استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی و تشویق واحدهای موفق
 ۵. ایجاد امکان مشاوره به دستگاه‌ها در تنظیم پروژه‌های بهبود تغذیه جامعه از طریق واحد بهبود تغذیه جامعه در معاونت بهداشتی دانشگاه به عنوان **"هماهنگ کننده اجرایی استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی"** در استان
 ۶. ارائه گزارش پیشرفت سند ملی تغذیه و امنیت غذایی در دانشگاه در هر فصل به معاونت بهداشت وزارت متبوع (دفتر بهبود تغذیه جامعه)
 ۷. پی‌گیری و تثبیت ساختار تشکیلاتی واحد بهبود تغذیه جامعه در معاونت بهداشتی دانشگاه
- بدیهی است میزان پیشرفت استانی سند ملی تغذیه و امنیت غذایی در ارزشیابی‌های سالانه دانشگاه مدنظر خواهد بود.

دامنه همکاری و انتظارات از شورای معاونین:

۱. ارزیابی سالانه میزان پیشرفت سند ملی تغذیه و امنیت غذایی در سطوح درون بخش، برون بخش و دانشگاه‌ها و تصویب راهکارها و برنامه‌های سال آتی
۲. پی‌گیری تصویب تکالیف و انتظارات بین بخشی در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و ابلاغ به استانداران
۳. پی‌گیری تشکیل کارگروه پایش بین بخشی تغذیه و امنیت غذایی ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۴. تشویق ذی‌نفعان و دستگاه‌های ملی در حین استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی
۵. پی‌گیری انعقاد تفاهم نامه دستگاه‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی برای ارتقای تغذیه و امنیت غذایی

شماره ۱۹۱۸/۱۳۸۱
تاریخ ۱۳۸۱/۱۲/۱۴
پیت

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۶. حمایت از استقرار برنامه‌های تغذیه و امنیت غذایی در معاونت‌ها و واحدهای تابعه از طریق تامین منابع مالی، نیروی انسانی و تدوین ساختار مشخص برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه در شبکه‌های بهداشتی- درمانی کشور

دامنه همکاری و انتظارات از معاونت بهداشت:

۱. ارتقا کیفیت خدمات تغذیه‌ای کودکان، مادران باردار، دانش آموزان، میانسالان و سالمندان
۲. ادغام بسته های خدمتی تغذیه در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
۳. حمایت از ادغام برنامه سورویالانس غذا و تغذیه در نظام شبکه
۴. حمایت و تقویت برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر
۵. ارتقا کیفیت خدمات پایش رشد کودک
۶. جلب همکاری آموزش و پرورش و سازمان ملی جوانان به منظور بهبود شاخص‌های تغذیه‌ای در کودکان، نوجوانان و جوانان
۷. گنجاندن خدمات تغذیه ای در پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر (ایدز، سل، بیماری های قلبی عروقی، دیابت، سرطان ها، بیماری های ژنتیکی از جمله فنیل کتونوری، تالاسمی و ...)
۸. تعیین روند تغییرات عوامل خطر تغذیه ای بیماری های غیرواگیر براساس اولویت های دفتر بهبود تغذیه جامعه
۹. پیاده سازی سیستم های مدیریت ایمنی مواد غذایی در واحدهای عرضه و توزیع مواد غذایی و تقویت سیستم‌های موجود
۱۰. ایجاد و تقویت سیستم خوداظهاری جهت نظارت بر مراکز عرضه مواد غذایی
۱۱. ارتقاء دسترسی به خدمات تغذیه ای استاندارد به خصوص در حاشیه نشین ها از طریق شبکه های بهداشتی درمانی کشور
۱۲. تدوین ساختار مناسب اجرایی برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور
۱۳. تامین مکمل‌های مورد نیاز گروه‌های آسیب پذیر مطابق با سیاست‌های بهبود تغذیه جامعه
۱۴. حمایت از اجرای برنامه‌های آموزش همگانی تغذیه بر اساس اولویت‌ها
۱۵. همکاری و حمایت از اجرای پژوهش‌های ملی وضعیت تغذیه جامعه
۱۶. ایجاد امکان جذب و به کار گیری کارشناسان تغذیه در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور

دامنه همکاری و انتظارات از معاونت درمان :

۱. همکاری با دفتر بهبود تغذیه جامعه در تدوین بسته های خدمتی مشاوره بالینی تغذیه و تعیین تعرفه مناسب برای مشاوره تغذیه بالینی در بیماران سرپایی و بستری

بسمه تعالی

شماره: ۱۳۸/۱۹۱۸
تاریخ: ۱۳۹۷/۱۲/۲۸
پشت



۲. بازنگری و تقویت ساختار تغذیه و رژیم درمانی در بیمارستان به منظور ارائه خدمات مشاوره تغذیه به بیماران بستری و پس از ترخیص از بیمارستان
۳. تشکیل واحد "تغذیه و رژیم درمانی در بیمارستان" در سطح ستادی وزارت بهداشت (در چارچوب تشکیلات تغذیه سطح ستادی)
۴. جذب و به کارگیری کارشناسان تغذیه در بیمارستانها
۵. گنجاندن شاخص های کیفیت مربوط به خدمات مشاوره تغذیه در رتبه بندی ها و اعتبار بخشی مراکز
۶. طراحی و استقرار نظام پایش و نظارت بر کیفیت و عملکرد بخش خصوصی (کلینیک، مطب و بیمارستان ها) در ارائه خدمات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی
۷. گسترش خدمات مشاوره ای تغذیه ای از راه دور

دامنه همکاری و انتظارات از معاونت آموزشی :

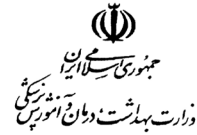
۱. تدوین و راه اندازی دوره های آموزشی RD (Registered Dietitian) به منظور افزایش دانش و مهارت کارشناسان تغذیه در امر مشاوره تغذیه و رژیم درمانی
۲. حمایت و تامین اعتبار لازم برای راه اندازی دوره تغذیه با گرایش های مختلف براساس کوریکولوم های تدوین شده در پروژه بانک جهانی (تغذیه جامعه، سیاستگذاری غذا و تغذیه، اپیدمیولوژی تغذیه و ...)
۳. بازنگری کوریکولوم آموزشی دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی و لزوم اختصاص واحدهای بیشتر به درس تغذیه
۴. برقراری ارتباط و جلب همکاری دانشگاه های بین المللی برای تقویت رشته دکترای تغذیه و تربیت متخصصین در حوزه های مختلف غذا و تغذیه
۵. طراحی دوره های بازآموزی سالانه ویژه کارشناسان تغذیه
۶. تربیت نیروی بومی تغذیه به منظور توزیع متناسب کارشناسان تغذیه در کشور
۷. تدوین راهنماهای بالینی (CPG) مربوط به بیماری های غیرواگیر مرتبط با تغذیه با تاکید بر جنبه های تغذیه ای

دامنه همکاری و انتظارات از مرکز امور دانشجویی و فرهنگی :

- ۱- اجرای برنامه های آموزشی و ترویجی تغذیه سالم ویژه دانشجویان دانشگاه ها
- ۲- ارتقای کیفیت غذای دانشجویان با استفاده از دستورالعمل های ابلاغی

شماره: ۱۳۸/۱۹۱۸
تاریخ: ۱۳۹۶/۱۲/۲۸
پوست

بسمه تعالی



دامنه همکاری و انتظارات از معاونت توسعه مدیریت و منابع:

۱. تثبیت ساختار تشکیلاتی دفتر بهبود تغذیه جامعه در معاونت بهداشت، مراکز بهداشت استان، شهرستان و مراکز بهداشتی درمانی کشور
۲. تامین و گسترش منابع (نیروی انسانی، بودجه، تجهیزات) در کلیه سطوح مدیریت برای برنامه بهبود تغذیه جامعه
۳. هماهنگی جهت جذب نیروهای طرحی و ضریب کا در حوزه های مرتبط با تغذیه و غذا
۴. انجام هماهنگی های لازم جهت افزایش بودجه برنامه های بهبود تغذیه جامعه
۵. نظارت بر حسن هزینه کرد اعتبارات برنامه های بهبود تغذیه جامعه در کلیه سطوح برنامه ریزی، علمی و اجرایی

دامنه همکاری و انتظارات از معاونت تحقیقات و فناوری:

۱. سیاستگذاری، برنامه ریزی و ارزشیابی اولویت های پژوهشی تغذیه و امنیت غذایی
۲. طراحی و استقرار اولویت های پژوهشی تغذیه و امنیت غذایی از طریق شبکه تحقیقات تغذیه ای کشور
۳. مطالعه و شناسایی غذاهای سنتی و تعیین ارزش تغذیه ای آنها به منظور ترویج غذاهای سنتی سالم در منطقه
۴. استقرار نظام دیده بانی تغذیه و امنیت غذایی در موسسه ملی تحقیقات سلامت با همکاری سایر مراکز و قطب های علمی مرتبط درون و برون بخشی
۵. ایجاد بانک اطلاعاتی در زمینه پژوهش های تغذیه ای و هماهنگی بین مراکز پژوهشی غذا و تغذیه در کشور
۶. حمایت از پژوهش های مرتبط با تغذیه و امنیت غذایی
۷. فراهم نمودن امکان پژوهش های بین المللی به منظور تبادل دانش و تجربیات در حوزه تغذیه و غذا
۸. تامین اعتبارات لازم برای مطالعات ملی و استانی غذا و تغذیه

دامنه همکاری و انتظارات از سازمان غذا و دارو:

۱. سازماندهی مجدد سیستم نظارت مراکز تولید، تهیه، نگهداری، توزیع و حمل و نقل غذا، گسترش و بهسازی مراکز نگهداری و ذخیره سازی مواد غذایی (سیلو، انبار، سردخانه)، تسهیل مقررات مربوط به واردات مکمل های تغذیه ای مورد استفاده در تغذیه بیماران بستری در بیمارستان ها
۲. بازنگری و تقویت نظارت بر اجرای قوانین و استانداردهای ملی بسته بندی مواد غذایی و ظروف یک بار مصرف

بسمه تعالی

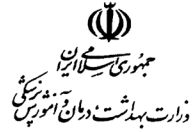
شماره: ۱۳۸۱/۱۹۱۸
تاریخ: ۱۳۹۲/۱۲/۲۸
پروت:



۳. ایجاد سیستم و تقویت اجرای نظارت و کنترل قوی بر واردات مواد غذایی و مواد اولیه مورد استفاده در صنایع غذایی (سیستم بارکد و بیمه تضمین کیفیت)
۴. ارتقاء کنترل و ارزیابی آلودگی های غذایی اعم از زیستی و شیمیایی در سطح کشور
۵. کنترل کیفیت محصولات غذایی غنی شده
۶. توسعه روش های بیوتکنولوژی در تولید مواد غذایی و استفاده از تکنولوژی مناسب در بسته بندی مواد غذایی
۷. تولید مکمل های ریزمغذی ها با هزینه های کمتر و قابلیت پذیرش بیشتر (اسپرینکل، فودلت ..)
۸. جایگزینی رنگ های مصنوعی با رنگ های طبیعی
۹. تولید محصولات غذایی رژیمی برای گروه های خاص جامعه
۱۰. نظارت بر کاهش میزان کربوهیدرات های ساده، روغن، چربی و نمک در فرآورده های غذایی
۱۱. ارتقاء کیفیت تغذیه ای محصولات غذایی فرآوری شده، بهبود کیفیت روغن های مصرفی و به حداقل رساندن میزان اسید های چرب اشباع و ترانس در آنها
۱۲. تامین و تدارک مکمل های مورد نیاز با قیمت و کیفیت مناسب و قابل دسترس برای کودکان، مادران باردار و شیرده و دختران دانش آموز
۱۳. ارائه آموزش مناسب به مدیران و مسئولان واحدهای تولیدی در سطح کشور در باره سیستم HACCP و تغییر نگرش آن ها از روش کنترل و تشخیص سنتی به سیستم پیشگیری
۱۴. تجهیز آزمایشگاه های کنترل مواد غذایی به وسایل و تجهیزات پیشرفته برای تشخیص سریع آلودگی
۱۵. به روز کردن ویب گیری تصویب قانون نظارت بر مواد خوراکی آشامیدنی و بهداشتی
۱۶. حمایت از برنامه های آموزش ضمن خدمت و بازآموزی کارکنان و مسئولین فنی صنایع غذایی، تولید کنندگان و عرضه کنندگان مواد غذایی
۱۷. حمایت از پروژه های اصلاح تکنولوژیک و روش های فرآوری به ویژه در صنایع روغن
۱۸. تقویت و تجهیز آزمایشگاه های بخش غذا در آزمایشگاه های کنترل غذا و دارو در سطح ملی و استانی و حمایت از آزمایشگاه های آکرودیته به منظور کنترل کیفیت محصولات غذایی غنی شده
۱۹. تدوین قانون و اجرای سریع برنامه برچسب گذاری تغذیه ای بر کالاهای غذایی، تشویق و جلب همکاری صنایع غذایی برای تولید غذاهای حامی سلامت و حمایت از تولید محصولات غنی شده و فراسودمند (functional food) براساس سیاست های کنترل کمبود ریزمغذی ها در دفتر بهبود تغذیه جامعه

بسمه تعالی

شماره: ۱۹۱۸/۱۰۷
تاریخ: ۱۳۹۸/۱۲/۲۸
پشت



دامنه همکاری و انتظارات از مشاور وزیر در امور هیات امناء :

۱- ملحوظ کردن ارزیابی عملکرد روسای دانشگاه‌ها بر اساس میزان موفقیت استقرار سند تغذیه و

امنیت غذایی استانی

۲- تصویب ساختار و تامین نیروهای انسانی لازم برای استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی در سطح

دانشگاه‌های علوم پزشکی

دامنه همکاری و انتظارات از مشاور وزیر در امر بیمارستانهای خصوصی :

۱- انتقال حساسیت وزارت بهداشت به بخش خصوصی فعال در برنامه های بهبود تغذیه جامعه و

تنظیم تفاهم نامه های مشترک (بخش خصوصی و وزارت بهداشت) به منظور تحقق انتظارات

طرفین در راستای برقراری امنیت تغذیه و غذا در سطح ملی

دامنه همکاری و انتظارات از روابط عمومی :

۱- تدوین و اجرای برنامه سالانه روابط عمومی برای اطلاع رسانی در زمینه تغذیه و امنیت غذایی

(ویژه مردم ، تصمیم گیرندگان)

دکتر محمد حسن طریقت منفرد

سرپرست

رونوشت :

✓ سرکار خانم دکتر رخشانی معاون محترم بهداشت

✓ ۱۳۹۸/۱۲/۲۰

مدیر کل	معاون دفتر	ویراستار	معاون/واحد پاراف کننده
			دکتر رخشانی معاون محترم بهداشت

۲) نامه وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به وزیرای اصلی مسئول در تغذیه و امنیت غذایی کشور

بسمه تعالی

شماره: ۱۹۱۷/۱
تاریخ: ۲۸/۱۲/۱۳۹۶
پست:

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جناب آقای دکتر خلیلیان - وزیر محترم جهاد کشاورزی
جناب آقای مهندس عباسی - سرپرست محترم وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
جناب آقای دکتر غضنفری - وزیر محترم صنعت، معدن و تجارت
جناب آقای مهندس پرزگرمی - رئیس محترم سازمان ملی استاندارد ایران
جناب آقای دکتر چمران - رئیس محترم شورای عالی استانها
جناب آقای مهندس ضرغامی - رئیس محترم سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
جناب آقای دکتر نهاوندیان - رئیس محترم اتاق بازرگانی، صنایع و معادن و کشاورزی ایران
سلام علیکم؛

احتراما با توجه به مواد ۲۲، ۲۴، ۲۷، ۲۸، ۱۴۳، ۱۴۵ و ۱۴۹ قانون برنامه پنجم توسعه، سیاست شماره ۹ نقشه تحول نظام سلامت (مصوب هیات محترم دولت در فروردین ۱۳۹۱) مبنی بر تامین حق مردم در بهره مندی عادلانه از سبد غذایی و آشامیدنی مطلوب و مکفی و اولویت های علم و فناوری در نقشه جامع علمی کشور (مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی) در توسعه آموزش ها و پژوهش های حوزه تغذیه و پیشگیری و به منظور حفظ سلامت تغذیه ای آحاد جامعه، سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور به همراه تفاهم نامه ملی مربوطه که با مشارکت دستگاه های اصلی مسئول تامین امنیت غذا و تغذیه تدوین شده است، جهت استحضار به پیوست ارسال می گردد. سند مذکور با مشارکت کلیه افراد ذینفع و بر اساس آخرین مطالعات این حوزه از جمله مطالعه سبد غذایی مطلوب گروه های سنی مختلف، مطالعه سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه و مطالعه ملی آگاهی، نگرش و عملکرد خانواده ای خانوار و کارکنان نظام بهداشتی تدوین شده است که حاوی سه بخش شناخت وضع موجود، جهت گیری آینده کشور برای دو مقطع زمانی در سال های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۹ و بخش نظام استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی می باشد.

ضمن تشکر از همکاری کارشناسان خبره آن حوزه در تدوین سند مذکور، به منظور تقویت همکاری های بین بخشی در جهت ارتقاء امنیت غذا و تغذیه در کشور، انتظار دارد تفاهم نامه پیوست که با مشارکت نمایندگان آن وزارت / سازمان / حوزه تنظیم شده است امضاء و تا حصول نتیجه پیگیری شود. پیشاپیش از حسن همکاری جنابعالی در ارتقای وضعیت تغذیه و امنیت غذایی کشور تشکر و قدردانی می گردد.

دکتر محمد حسن طریقت منفرد

سرپرست

رونوشت:

✓ سرکار خانم دکتر رخشانی معاون محترم بهداشت جهت اطلاع
✓ ۱۳۹۱/۱۲/۱۶

معاون / واحد پاراف کننده	ویراستار	معاون دفتر	مدیر کل
دکتر رخشانی معاون بهداشت			