

به نام خدا

سند ملی تغذیه و امنیت غذایی (۱۳۹۹-۱۳۹۱)

دبیر خانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

چکیده

تغذیه مناسب برای سلامتی بهینه ضروری است. سیاست ها و برنامه های دولت که با هدف توسعه سلامت تدوین می شوند لازم است در برگیرنده تدارک غذای سالم و مناسب بوده و به لحاظ اقتصادی و اجتماعی برای سرپرست و آحاد خانوار قابل تأمین 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 تغذیه ای و امنیت غذایی، تجربیات جهانی، مرور تحلیلی اسناد و برنامه های قبلی حوزه غذا و تغذیه، نظرات خبرگان و ذینفعان بین بخشی در مدت نه 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 عملیاتی سازی اسناد بالادستی مرتبط شود.

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

در نهایت نیز انتظار می رود با استقرار مداخلات پیشنهادی این سند در سال های آتی شاخص های مهم تغذیه و امنیت غذایی بهبود یابد از جمله اینکه کلیه استان های کشور از نظر امنیت غذا در طیف امن تا خیلی امن قرار گیرند.

پیام های 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، فن آوری، بین المللی و اکوسیستم می باشد. به همین دلیل امروزه بر نقش همکاری های بین بخشی در برنامه های ارتقای تغذیه و امنیت غذایی تأکید می شود به عبارت دیگر روش های رایج برنامه ریزی بخشی، جوابگوی معضلات به هم تنیده تغذیه و غذا نیست.

پیام دوم) در نقشه جهانی امنیت غذایی منتشر شده در سال ۲۰۰۸ کشور ایران جزء مناطق پرخطر قرار گرفته است در این نقشه تقسیم بندی کشورها در طیف بسیار پرخطر، پرخطر، با خطر متوسط و کم خطر بوده است. در مطالعه دورن کشور (مطالعه سمپات) هفت استان در وضعیت ناامن تا بسیار ناامن قرار دارند.

پیام سوم) دستاوردهای نظام امنیت غذا و تغذیه در کشور علاوه بر ایجاد و توسعه زیر ساخت های مدیریتی مرتبط در وارت خانه ها و سازمان های اصلی مسئول در زنجیره غذا و همچنین وجود قوانین و مقررات مصوب و برنامه های ملی عبارت است: از کاهش ۵۰ درصدی سوء تغذیه کودکان با اجرای برنامه های مشارکتی حمایتی تغذیه کودکان، تجربه موفق در حذف اختلالات ناشی از کمبود ید و کاهش شیوع گواتر از ۶۹٪ در سال ۶۵ به ۴/۸٪ در سال ۸۶ به واسطه اجرای برنامه یددار کردن نمک، بهبود شاخص تولید غذا و توزیع جغرافیایی آن، بهبود مراقبت های زنان باردار و کودکان، بهبود دسترسی به آب آشامیدنی سالم و تغذیه با شیر مادر که در بهبود شاخص تولد نوزاد کم وزن و کاهش بیماری های کودکان مؤثر بوده است.

پیام چهارم) افزایش متوسط هزینه خوراکی خانوار، کاهش کالری دریافتی در جامعه روستایی به ویژه در دهک های پایین درآمدی در طول دهه گذشته، افزایش شدید کالری دریافتی در دهک های بالای درآمدی به ویژه در جامعه شهری و ناترازی دریافت کالری در خانوارهای کشور که عوارش بیش خوری و کمبود دریافت مواد مغذی را در پی داشته است. زیادی میزان مصرف نوشابه و نمک در کل کشور و همچنین زیادی مصرف هله هوله، کنسرو، غذای حاضری و فست فود در شهرهای بزرگ، کمی میزان مصرف ماهی و سبزی و میوه تازه همگی در روند افزایشی اضافه وزن و چاقی افراد جامعه و بیماری های غیروگیر متعاقب آن به ویژه سکت های قلبی و مغزی، فشارخون، دیابت و سرطانات مؤثرند.

پیام پنجم) 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 میزان های توصیه شده در سبب غذایی مطلوب بوده است. با اینکه اولین مطالعه ملی در زمینه سواد تغذیه ای مردم کشور در سال ۱۳۹۰ انجام شده است و مبنای مقایسه ای وجود ندارد اما وضعیت توصیف شده در این مطالعه نشان می دهد که میزان سواد تغذیه ای مردم با جایگاه مطلوب فاصله زیادی دارد.

پیام ششم) تحلیل برنامه های موجود سازمان غذا و دارو، سازمان ملی استاندارد و مرکز سلامت محیط و کار معاونت بهداشت نشان می دهد که هم پوشان پهای وظیفه ای در تالی گری نظارت و کنترل یکپارچه ب رایمنی غذایی از تولید تا عرضه وجود دارد که در نهایت موجب اتلاف منابع و کاهش کیفیت نظارت است.

پیام هفتم) چشم انداز سند تدوین شده این است که «سازمان های اصلی مسئول در امنیت تغذیه و غذای کشور تا پایان سال ۱۳۹۹ توانسته اند با نهادینه سازی همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم، ضمن بهبود دسترسی فیزیکی و اقتصادی عادلانه به غذا، نشانگرهای کم خوری، پرخوری، بدخوری و پیامدهای آن را (در حد پیش بینی در این برنامه) بهبود دهند و ضمن قرار دادن همه استان های کشور در وضعیت مطلوب امنیت تغذیه و غذا، رتبه کشور را در منطقه ارتقا دهند.

پیام هشتم) برای دستیابی به چشم انداز مذکور اهداف راهبردی در دو مقطع ۱۳۹۴ و ۱۳۹۹ تعیین شده است و در مجموع دستگاه های متولی اصلی شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزات جهاد کشاورزی (و سازمان زیر مجموعه)، وزارت صنعت معدن و تجارت و سازمان ملی استاندارد می بایست ۲۰ برنامه هماهنگ را طراحی و اجرا نمایند.

پیام نهم) به منظور ضمانت استقرار سند، تصویب و ابلاغ وزیر بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، شواری عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، تشکیل کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی ذیل شورای عالی برای پایش عملیات سند، انعقاد تفاهم نامه کلی و سالانه بین بخشی (دستگاه های اصلی، رسانه، نمایندگان مردم و نماینده بخش خصوصی) تشویق بخش های برتر و همچنین انعقاد تفاهم نامه عملیاتی سالانه با دانشگاه های علوم پزشکی پیش بینی شده است.

مقدمه

(۱) چرا سند تغذیه و امنیت غذایی باید تدوین شود؟

تغذیه مناسب برای سلامتی بهینه ضروری است. سیاست ها و برنامه های دولت که با هدف توسعه سلامت تدوین می شوند لازم است دربرگیرنده تدارک غذای سلام، مناسب و به لحاظ اقتصادی و اجتماعی برای سرپرست و آحاد خانوار قابل تأمین و قابل دسترسی باشد. بیماری های مرتبط با تغذیه را می توان به دو دسته تقسیم کرد:

۱- بیماری هایی که در اثر تغذیه ناکافی ایجاد می شوند نظیر کمبود ریز مغذی ها

۲- بیماری هایی که در نتیجه تغذیه بیش از حد ایجاد می شوند نظیر بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، چاقی، دیابت، سنگ های صفراوی، پوسیدگی دندان و بعضی بیماری های گوارشی

امنیت غذایی و امنیت تغذیه ای که دو واژه متفاوت و مکم است از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت محسوب می شوند. نامنی غذایی و تغذیه ای علاوه بر تأثیر بر جسم تبعات اجتماعی و روانی نیز دارد. به طور سنتی تغذیه با مسایلی نظیر وجود کمبود مواد مغذی شامل انرژی، پروتئین، ویتامین ها مواد معدنی ارتباط دارد. غذا مصداق عینی موضوع راهبردی است که تحت تأثیر هر شش عامل بیرونی شامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فن آوری، بین المللی و اکوسیستم می باشد. به همین دلیل امروزه بر نقش همکاری های بین بخشی در برنامه های ارتقای تغذیه و امنیت غذایی تأکید می شود به عبارت دیگر روش های رایج برنامه ریزی بخشی، جوابگوی معضلات به هم تنیده تغذیه و غذا نیست.

با اینکه در سال های گذشته برنامه ریزی های 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 ظرفیت های محیطی (استان ها و شهرستان ها) 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 تغذیه ای و امنیت غذایی و با مرور اسناد و برنامه های قبلی، نظرات خبرگان و ذینفعان بین بخشی، برنامه ای ملی برای ارتقای تغذیه و امنیت غذایی فراهم می آورد تا با به کارگیری آن:

۱. زبان مشترک و تعهد جمعی ذینفعان (دور 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 برنامه های 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 می رود با استقرار محصول این پروژه در سال های آتی شاخص های مهم تغذیه و امنیت غذایی بهبود یابد از جمله اینکه کلیه استان های کشور از نظر امنیت غذا در طیف امن تا خیلی امن قرار گیرند.

۲) مراحل تدوین، تصویب و استقرار اولیه سند تغذیه و امنیت غذای کشور چیست؟

تدوین، تصویب و استقرار اولیه سند تغذیه و امنیت غذایی کشور به صورت یک پروژه طی نه ماه تعریف شده و در سه مرحله انجام شده است:

مراحل	خروجی ها
۱	گزارش شناخت شامل بررسی متون و اسناد، تحلیل شاخص ها، تحلیل نظام مدیریت تغذیه و امنیت غذایی و برنامه های موجود (و نظارت کمیته راهبری) گزارش جهت گیری شامل دورنما، اهداف راهبردی و مداخلات سه گانه (به انضمام دریافت نظرات کمیته راهبری) گزارش الزامات و برنامه استقرار در حوزه ستادی و شیوه نامه عمل استان (به انضمام دریافت نظرات کمیته راهبردی)
۲	سند مصوب و ابلاغ شده، تشکیل کمیته پایش عملیات بین بخشی، اطلاع رسانی رسانه ای
۳	کارشناسان توجیه و توانمند شده در زمینه مهارت های استقرار، گزارش جلسه حمایت طلبی با ذینفعان هفت استان ناامن در زمینه غذا و تفاهم نامه با هفت استان، برنامه عملیاتی حوزه ستادی و ۳۱ استان (به انضمام دریافت نظرات کمیسیون تخصصی) و تفاهم نامه های همکاری دستگاه های برون بخشی و دانشگاه های علوم پزشکی

سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور (۱۳۹۹-۱۳۹۱) در چهار بخش به شرح زیر مستند شده است؛ منابع و پیوست ها شامل صورت جلسات کمیته راهبری، جلسات بین بخشی، و مکاتبات در گزارش اصلی آمده است.

■ بخش اول: مروری بر منابع تغذیه و امنیت غذایی و مفاهیم آن (خلاصه)

بخش دوم: شناخت وضعیت موجود تغذیه و امنیت غذایی در کشور

بخش سوم: جهت گیری های آینده برای بهبود وضع تغذیه و امنیت غذایی

بخش چهارم: نظام استقرار و نهادینه سازی سند ملی تغذیه و امنیت غذایی

بخش اول) مروری بر منابع علمی و تجربیات منتشر شده تغذیه و ناامنی غذایی و مفاهیم آن

خلاصه یافته ها

۱) بانک جهانی بزرگترین تأمین کننده مالی جهان برای برنامه های تغذیه است، از دیدگاه بانک مهم ترین منابع برای استفاده مؤثر از منابعی که بانک برای برنامه های تغذیه در اختیار دارد نبود متولی سازمانی و بی پاسخ ماندن این پرسش بوده است که اجرای مداخله ها باید با چه کسی باشد، بانک جهانی طی مطالعه ای که در سال ۲۰۰۰ آن را منتشر کرده است معتقد است شکست بسیاری از برنامه های تغذیه در مرحله اجرا اتفاق می افتد(۱)

۲) کنفرانس غذا، تغذیه، تحرک جسمانی و پیشگیری از سرطان: منظوری 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 تغذیه ای برای عموم مردم اعلام کرده است. (۲)

۳) سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ با مرور سیاست های تغذیه ای کشورها گزارشی را منتشر می کند، چند یافته مهم این مرور عبارت است از (۳):

* ۷۵ درصد کشورها در کل مناطق سازمان جهانی بهداشت، گزارش کرده اند که سیاست ها و برنامه هایی دارند که موضوعات کلیدی سوء تغذیه مثل کم خوری، چاقی و بیماری های مزمن مرتبط، تغذیه و ویتامین و ریزمغذی های کودکان و نوجوانان را می پوشاند.

* تغذیه شیرخواران و نوجوانان مهمترین عنوان در گزارش کشورهاست.

* منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت بیشتر سیاست هایی دارند که بیش خوراک را مدنظر دارد.

* توجه به کاهش کمبود تغذیه ای مادر در منطقه مدیترانه شرقی کمتر مورد گزارش بوده است.

* وجود سیاست ها و برنامه هایی برای رویارویی با تغذیه در بحران کمتر مورد توجه است.

* کشورهای اندکی خارج از WPRO, AFRO سیاستی برای تغذیه کودکان در بحران ها دارند.

- * اغلب کشورها سیاست هایی برای کنترل بیماری های غیرواگیر مرتبط با تغذیه و چاقی دارند لیکن همه کشورها در سیاست هایشان چاقی کودکان و بالغین را مورد توجه قرار نداده اند.
- * اکثر ابزارهای اجرای سیاست ها بر رویکردهای اطلاعاتی متمرکز هستند: راهنماها، برچسب زنی و ترویج خواراک سالم از طریق رسانه
- * مشاور تغذیه در مراقبت اولیه مورد نظر نیمی از کشورهای عضو بوده است.
- * در کشورهای اروپایی نیمی از مداخلات کاهنده نمک استفاده می کنند.
- * تغذیه با ریزمغذی ها و ویتامین ها، مکمل های فولات و آهن در زنان در سیاست های ملی همه کشورها وجود دارد.
- * کمتر از یک سوم کشورهای عوض، توصیه به مکمل یاری در زنان با کم خونی دارند. برنامه های مکمل یاری زنان (ویتامین آ، مکمل های ریزمغذی ها و...) تقریباً از هیچ کشوری گزارش نشده است.
- * برنامه های مکمل یاری کودکان با پوشش بالا برای ویتامین آ در کشورهای آفریقایی و آسیای جنوب شرقی وجود دارد.
- * توزیع آهن و اسیدفولیک در مدارس اغلب کشورها گزارش شده است.
- * غنی سازی در سیاست های ملی و منطقه ای و برنامه های متمرکز بر گروه های غذایی مثل آرد گندم، غذاهای مکمل، نمک، کره/ مارگارین، روغن و شکر.
- * در نیمی از کشورها گزارش شده است که نمک یددار اجباری است. منطقه مدیترانه شرقی بیشترین اجرای این برنامه را دارد.
- * مداخلات سلامت به عنوان بخشی از سیاست تغذیه ای وجود دارد.
- * اغلب کشورها سازوکارهای هماهنگی برای اعمال حاکمیت/ قانونمندی سازی تغذیه ای دارند.
- * در اغلب کشورها، ساز و کارهای هماهنگی در وزارت بهداشت وجود دارد و دورنادهایی از بخش های آموزش، کشاورزی، غذا و رفاه اجتماعی دارند.
- * کشورهای محدودی در آسیای جنوب شرقی گزارش کرده اند که سازوکارهایی هماهنگی در زیر مجموعه نخست وزیر و دفتر رئیس جمهوری قرار دارد. قدرت این ها، معمولاً محدود به تخصیص مسئولیت ها و ندرتا کنترل بودجه هاست.
- * در اغلب مناطق سازمان جهانی بهداشتی استان سیاست تغذیه ای به طور نظام مند زنان و گروه های آسیب پذیر را هدف قرار نداده اند. به خصوص در EMRO
- * اغلب کشورها پیمایش گردآوری داده های تغذیه ای و همچنین مکانیسم های پایش و ارزشیابی را مستقر کرده اند.
- * اغلب گروهها داده های وزن و قد را گزارش کرده اند ولی نه برای همه گروه های سنی.
- * پوشش شاخص های گزارش شده، به خوبی با اطلاعاتی که برای پایش پیشرفت چالش های تغذیه ای و دریافت و پیامد مداخلات لازم است همخوانی ندارد.

* سنجه های اندکی برای ویتامین ها و ریزمغذی های خاصی عوامل خطر بیماری های غیر واگیر مورد توجه هستند.

* اغلب اسناد سیاستی تغذیه ای ساز و کار 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 پیام های تغذیه و غذا تأکید شده است و راهنمایی برای ژورنالیست ها و محققان تهیه کرده است (۴).

(۵) تجربه منتشر شده از کشور مالزی در سال ۲۰۰۲ در بهبود تغذیه و امنیت غذا به نقش مشارکت و همکاری بین بخشی دستگاه ها و چگونگی تداوم همکاری افراد مختلف و متنوع بر سر اهداف مشترک تأکید دارد. ساز و کار هماهنگی عملیاتی در دوران واحد سلامت خانواده در وزارت بهداشت قرار دارد و برنامه تدوین شده در تداوم و تقویت برنامه های قبلی نقش هماهنگی و پایش را بر عهده گرفته است (۵).

(۶) گزارش جهانی پایش ۲۰۱۲ درباره قیمت های غذا، تغذیه و اهداف توسعه هزاره توسط بانک جهانی نشان می دهد جهان به رغم دستیابی به دو هدف رفع فقر شدید و تأمین آب بهداشتی هنوز در مورد کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و یزر یکسال (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 بین المللی غذا ر سال ۲۰۰۸-۲۰۰۷ ۱۰۵ میلیون نفر و در افزایش سال ۲۰۱۱-۲۰۱۰، ۴۸/۶ میلیون نفر زیر خط فقر افتادند یا ماندند به عبارت دیگر فقر نوعاً با افزایش قیمت غذا بالا می رود و قیمت بالاتر غذا سبب می شود که مردم سهم بیشتری از درآمد خانوار را برای آن هزینه کنند. در این گزارش اثرات افزایش قیمت غذا برای انواع کشورها (وارد کننده و یا تولید کننده 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 هزینه های بالا و غیر قابل کنترل آموزش اتفاق افتاده است. آثار افزایش قیمت غذا بر روی مدرسه رفتن بیش از حد انتظار بی سر و صداست. هزینه آموزش، فاصله تا مدرسه، دسترسی به تغذیه در مدرسه بر اینکه کودک در مدرسه بماند تأثیر دارد (۶).

(۷) گزارش سازمان جهانی بهداشت درباره سیاست غذا و تغذیه ۲۰۱۲-۲۰۰۷ اروپا شش راهبرد اصلی را به شرح جعبه روبرو تعیین کرده است (۷):

استقرار یا تقویت سازوکار بین بخشی دولت برای سیاست تغذیه و غذا:

✓ نقش تولیتی وزارت بهداشت مورد تأکید است

✓ مسئولیت پذیری و پاسخگویی در کل دولت و مجلس باید باشد

✓ بدنه های تخصصی مستقل همانند شورای غذا و تغذیه و سازمان ملی ایمنی استانداردهای غذا

بازنگری طرح های اقدام و سیاست های بخشی موجود غذا و تغذیه

اولویت بندی استقرار اقدامات اختصاصی

عملیاتی کردن طرح اقدام با ترکیب سیاست های ماکرو، چارچوب های تنظیمی (قانون گذاری، تنظیمات، دستورات، عهدنامه

ها) و سنجه های مالی و...

ایجاد گفتگو و شراکت با سایر ذی نفعان

شش راهبرد اصلی برنامه غذا و تغذیه
اروپا در ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۲

۱. حمایت از شروعی 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 مؤلفه های مرتبط
۵. تقویت تغذیه و ایمنی غذا در بخش سلامت
۶. پایش، ارزشیابی و تحقیق

۸) گذار تغذیه ای در ایران در زمینه تغییر سریع دموگرافیک، شهرنشینی و توسعه اجتماعی در عدم حضور رشد اقتصادی پایدار و قابل توجه در حال اتفاق افتادن است. الگوی مصرف غذا و کیفیتی رژیم بسیار وابسته به درآمد است لیکن انتخاب های رژیمی به ویژه در گروه های پردرآمد تحت تأثیر نیورهای اقتصادی هستند. توسعه سواد تغذیه ای در جمعیت به عنوان اولویتی که نه فقط برای کنترل سوء تغذیه بلکه برای پیشگیری از همه گیری بیماری های مزمن مرتبط با چاقی ضروری است (۸).

۹) در پی برگزاری کنفرانس جهانی تغذیه (رم، ۱۹۹۲) دستور عملتدوین برنامه عملیاتی تغذیه به این شرح تدوین شده است که گردهم آوردن وزارتخانه ها، سمن ها، دانشگاه ها، بخش خصوصی رسانه ها؛ تدوین برنامه کا رو پیش بینی بودجه؛ فراهم ساختن امکان مشارکت گسترده افراد و سازمان هایی که درباره موضوع نقش کلیدی دارند، تضمین مشارکت مؤثر کشوری در سطوح استانی و شهرستانی برای پیگیری عملیات؛ و در صورت ضرورت همکاری با سازمان های کمک برای تأمین مساعدت های فنی و مالی از جمله اصول برنامه ریزی عملیاتی تغذیه در کشورها است در این میان به چند موضوع زیر اولویت داده شده است:

ادغام هدف های تغذیه در سیاست ها و برنامه های توسعه؛ بهبود امنیت غذایی خانوار؛ بهبود کیفیت و ایمنی غذا؛ کنترل کمبود ریزمغذی ها، ارزیابی، تحلیل و پایش وضعیت تغذیه؛ پیشگیری از بیماری های عفونی و درمان آن ها؛ ترویج تغذیه با شیر مادر؛ مراقبت از گروه های محروم اقتصادی- اجتماعی و آسیب پذیرها؛ و ارتقای رژیم های مناسب غذایی و شیوه های سالم زیستی (۹).

۱۰) گزارش مروری بر سیاست تغذیه در انگلستان در سال ۲۰۰۹ نشان می دهد که رابطه سیاست ها با تحلیل های سلامت عمومی کم رنگ است و ارزشیابی پیامدهای مرتبط با سلامت اتفاق نیافتاده است، راهنماهای تغذیه ای وجود نداشته و فعالیت صنایع غذایی و تبلیغاتی در جهت تضعیف مقررات و پیام های تغذیه ای است البته با فعالیت موسسه استاندارد غذا، موفقیت های خوبی کسب شده که به کاهش نمک و چربی اشباع شده در غذاها می توان اشاره نمود. در میان استانداردها و سیاست های غذایی، مواد و بندهایی که هدف آن ها حذف فقر غذایی و بهبود سلامت تغذیه ای در خانواده های کم درآمد باشد، تقریباً دیده نمی شود. در هر ۴ حوزه (شامل نابرابری غذایی، سیاست های تغذیه ای شیرخواران، غذای مدارس و چاقی دوران کودکی) بحث غذا و سیاست های سلامت با تمرکز زیاد بر روی کنترل چاقی مطرح است. در این گزارش پیشنهاد شده است که راهنماهای تغذیه ای حاوی استانداردها و اصول و روش های کاربست آن ها می باشند با نگرش تقویت عدالت اجتماعی و تومزیعی تدوین شود، کار کردن با صنایع غذایی و نحوه نظارت و ارزیابی آن ها مشخص شود، به طور منظم هزینه های غذایی مورد پایش قرار گیرد. بین نهادهای غیر دولتی فعال در حوزه غذا، اتحادیه یا ائتلاف تشکیل شود تا به عنوان یک نهاد مستقل در تغذیه سلامت

عمومی نقش بازی کند و گزارشات سیاستی سالانه توسط یک نهاد عمومی غیر دولتی با حمایت مالی دولت، تهیه و ارائه شود. (۱۰)

۱۱) امروز تعریف امنیت غذایی عبارت است از اینکه غذای کافی (کمیت، کیفیت، ایمن، 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 سه عبارت فراهمی، دسترس و بهره مندی مورد توجه است. لازم است تعریف سه واژه به شرح زیر تفکیک شود: (۱۱)

۱. **امنیت غذایی (Food Security):** امنیت غذایی عبارت است از که دسترسی فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی همه افراد، در تمام اوقات، به غذای کافی، ایمن و مغذی، غذاهایی که ربحان غذایی و نیازهای مربوط به رژیم غذایی‌شان را برای یک زندگی سالم و فعال برآورده می سازد.

۲. **آلودگی غذایی (Food safety):** حفظ و نگهداری غذا از هر آلودگی که مضر به سلامتی مصرف کنندگان است.

۳. **امنیت تغذیه (Nutrition Security):** عبارت است از که دسترسی فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی همه افراد، در تمام اوقات، به غذای کافی، ایمن، مغذی با جذب و بهره مندی مؤثر سلولی، غذاهایی که ربحان غذایی و نیازهای مربوط به رژیم غذایی‌شان را برای یک زندگی سالم، فعال و شاد برآورد می سازد.

۱۲) مرکز بین المللی تحقیقات سیاست غذایی آمریکا در گزارش سال ۲۰۱۱ شوک های شدید آب و هوایی به ویژه موارد انسان- ساخت، ناپایداری قیمت مواد غذایی، بروز قحطی به خاطر جنگ و ناآرامی، سوخت های زیستی (Biofuels)، حضور بازیگران جدید (بخش خصوصی، سازمان های بشر دوستانه، سازمان ها سبز، کشورهای در حال توسعه مثل هند و چین و برزیل و...) بهره برداری (و فرسایش) بیش از حد از زمین، رشد بالای جمعیت، تحولات سیاسی را به عنوان چالش های عمده جهانی در امر امنیت غذا برشمرد است. در همین گزارش ذکر شده که ۲۴ درصد زمین های کشاورزی دنیا تحت تأثیر فرسایش قرار گرفته و یک درصد از بهره دهی 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 زمین ها زندگی می کنند. تحولات سیاسی منطقه خاورمیانه به دلیل بیداری اسلامی (بهار عربی) کشورهای این منطقه را از منظر غذایی ناامن می سازد. (۱۲)

۱۳) کلنر (Klenner- 2011) در کتاب خود به طور جامع تعریف، علل و عوامل، آثار مثبت و منفی، سطح بندی، مکانیسم اندازه گیری و ارزیابی و شاخص های ارزیابی امنیت غذایی و تغذیه را مورد بررسی قرار می دهد از جمله اینکه به پاره ای از هشدارها می پردازد: (۱۳)

گرسنگی و عواقب آن سالانه سبب مرگ بیش از ۴۰ میلیون نفر در دنیا می شود. که ۱۳ میلیون نفر آن ها را اطفال تشکیل می دهند.

بیش از ۴۰ درصد مردم دنیا از کمبود ریزمغذی ها رنج می برند. که به گرسنگی پنهان معروف است (۲ میلیارد نفر کمبود آهن، ۱۰۶ میلیارد نفر کمبود ید و ۲۳۰ میلیون نفر کمبود ویتامین آ)

۹۰ درصد مردم گرسنه دنیا از نا امنی غذا و تغذیه رنج می رند. که علت عمده آن به جهت نواقص ساختاری (و مدیریتی) در کشورهاشان می باشد نه به جهت حوادث جوی یا مداخلات انسان ساخت.

ناامنی مزمن غذا و تغذیه باعث می شود تا فقرا نتوانند از رشد فیزیکی و هوشی مناسب و به تبع آن توان تولید اقتصادی برخوردار گردند.

هر گونه آسیب یا فقر غذایی و تغذیه ای در دوران کودکی تا پایان عمر آثار نامطلوب خود را به جا می گذارد.

(۱۴) هاموند و همکاران (Hammond 2012) در مقاله خود کاربرد نظریه سیستمی و بین بخشی را برای بهبود امنیت غذا و تغذیه تشریح کرده اند، در این مقاله چهار دسته عوامل اثرگذار در نا امنی غذا و تغذیه معرفی شده اند (۱۴):

عوامل کلان: سیاست های بازار، مالکیت زمین و ابزار، سیاست های تولید، هنجارهای اجتماعی و فرهنگی

عوامل زراعی: از مرحله تولید مواد خام، نگهداری، تبدیل، بسته بندی، زنجیره تأمین (حمل و نقل، توزیع و مصرف)

عوامل سلامتی: اختلال فیزیولوژیک و بیماری ها، 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 می کند: (۱۵)

عامل فن آوری به دلیل تأثیر بر تسریع و تسهیل نمودن فرآیندها و کنترل دقیق و سریع موانع اهمیت دارد

(۱۶) اوانس (Evans 2009) در گزارش غذا برای ۹ میلیارد ضمن معرفی سناریوهایی برای آینده امنیت غذا و تغذیه به نقل از بانک جهانی پیش بینی می کند تقاضا برای مواد غذایی در دهه های 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 می یابد، بنابراین خطر کمبود مواد غذایی در آینده جدی است و می تواند وضعیت دشواری را برای کشورهای وابسته به واردات و افراد فقیر در سراسر دنیا ایجاد کند: (۱۶)

تغییرات آب و هوا منجر به افزایش ۴۰ تا ۱۷۰ میلیونی در تعداد افراد مبتلا به سوء تغذیه در کل دنیا می شود. در حالیکه افزایش دما در مناطق با عرض جغرافیایی بیشتر می تواند با افزایش محصول همراه باشد. در مناطق پایین تر (که اغلب کشورهای در حال توسعه در آن واقع هستند) عواقب منفی را به دنبال دارد.

امنیت انرژی به شویبه های گوناگون بر قیمت مواد غذایی اثر می گذارد از قیمت کود و مصرف انرژی در مزرعه و هزینه های حمل و نقل گرفته تا استفاده از محصولات کشاورزی برای تولید بیو سوخت که به تنهایی مهمترین علت افزایش قیمت مواد غذایی در سال های اخیر است. در حالیکه 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 تسریع کاهش میدان های 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 می کنند که به طور مزمن دچار کم آبی هستند و در سال ۲۰۵۰ این رقم به ۴ میلیارد خواهد رسید نه تنها

به سبب تغییرات آب و هوا بلکه به دلیل استفاده بی رویه از آب رودخانه ها، دریاچه ها و منابع زیر زمینی. در آن زمان کشاورزی که حدود ۷۰٪ از آب تازه را در دنیا مصرف میکند به نحوه بارزی گران قیمت 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 به تنهایی کافی نیست و افزایش زمین زری کشت مورد نیاز است. با این حال سایر تقاضاها برای زمین جهت بیوسوخت، تولید الوار، تجزی کرین، احیاء جنگل ها و گسترش شهرنشینی، نیز قابل توجه است زیرا ممکن است بخشی از زمین های زیر کشترا تصرف کنند. همچنین نسبت قابل توجهی از زمین های استفاده شده برای کشت محصولات کشاورزی کیفیت خود را از دست داده اند.

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

- ۱- سرمایه گذاری بیشتر در زمینه غذا و کشاورزی: مصرف منابع ملی کافی و متناسب با توصیه های بین المللی برای کشورها
- ۲- سرمایه گذاری برای یک انقلاب سبز در قرن ۲۱: انقلاب سبز در قرن بیستم به افزایش قابل ملاحظه ای در تولید محصول دست یافت. هم اکنون نیز به چیزی مشابه آن در قرن ۲۱ نیاز داریم که نه تنها منجر به افزایش محصول شود بلکه مدل های کشاورزی مبتنی بر درون داد 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 ۵ منبع مهم ضروری است: سرمایه (زمین، ماشین آلات، و منابع تجدید پذیر مانند آب)، بازارها (برای مثال کفایت زیر ساخت ها، شبکه های ارتباطی که دسترسی ب آخرین قیمت ها را بریا کشاورز امکان پذیر می سازد، و ظرفیت پاسخگویی به استانداردهای عرضه در سوپر مارکت ها)، 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 سرمایه گذاری در خدمات جانبی کشاورزی وجود دارد تا به انتقال یافته های تحقیق و توسعه در محیط کار کمک کند) و ابزارهای مدیریت خطر.
- ۴- توجه به کشاورزان کوچک: یک و نیم میلیارد نفر در خانواده هایی زندگی میکنند که به کشاورزی های کوچک وابسته اند. در حالیکه بحث پیرامون حمایت از کشاورزیهای کوچک در نتیجه ارتباط رمانتیک آن با کشاورزی روستایی به کج راهه می رود، شواهد نشان می دهد با رویکرد صحیح، کشاورزی در مقیاس کوچک روشی پایدار برای رهایی از فقر است.
- ۵- بهبود دسترسی به حمایت های اجتماعی: در بسیاری از کشورهای فیر قیمت بالای مواد غذایی با استفاده از یارانه ها یا نظارت بر قیمت ها کنترل می شود. هر دو رویکرد هزینه ساز است: در حالت اول کشاورزان بودجه دولت را به ورشکستگی می کشانند و در حالت دوم کشاورزان انگیزه ای برای تولید بیشتر ندارند. سامانه های حمایت اجتماعی گزینه بهتری است.
- ۶- ایجاد سازمانی مشابه آژانس بین المللی انرژی: پس از اولین شوک نفتی در سال ۱۹۷۳ آژانس بین المللی انرژی ایجاد شد تا فعالیت های جمعی را در بحرا نها 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 حمایت های فنی به صورت توافق نامه های دراز مدت برای امنیت تجهیزات: روند موجود در مهمترین کشورهای وارد کننده مواد غذایی مانند چین، کره جنوبی و تعدادی از کشورهای خلیج فارس برای یافتن قرار دادهای دراز مدت خرید مواد

غذایی، اجاره کردن زمین و یا خرید زمین در سایر کشورها، دیگر کشورهای فقیر را که توانایی معامله عادلانه را ندارند با خطر مواجه می کند. (برای مثال ماداگاسکار بخشی از زمین های قابل کشت خود را برای ۹۹ سال به کره جنوبی اجاره داده است و به ز یجاد اشتغال در مزرعه ها هیچ جبران دیگری در ازای آن دریافت نمی کند.) با این حال این توافقنامه ها 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 زیر ساخت های مورد نیاز و آگاهی از عملکرد کشورهای دارای ظرفیت تولید بالا را به همراه می آورد. برای حرکت در مسیر این سناریو ها کشورها باید در حال توسعه در ریزی برای این قراردادهای پیچیده و خلاقانه به کمک های فنی نیاز دارند. لازم است کشورهای اهدا کننده به فرویت برای ارائه چنین توصیه هایی اقدام کنند.

۸- آزاد سازی کشاورزی در کشورهای توسعه یافته: هر چند آزادسازی کشاورزی در و تاه 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 آن ها را برای رقابت از بین می برد، بر همین منوال کشورهای توسعه یافته باید به صورت نقدی به کشورها در زمینه مواد غذایی کمک کنند به جای کمک به صورت مواد غذایی (فرمی از کمک های بسته که یارانه تولید کننده ها در کشورهای توسعه یافته می باشد).

۹- ادغام امنیت عرضه در قوانین تجارت جهانی: برگشت به سوی کشاورزی حمایت شده می تواند با عقب گرد جدی در امنیت غذای جهانی همراه باشد. اما پس از شوک اخیر 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.

(۱۷) کنسرسیوم حقوق غذا و تغذیه در سال ۲۰۱۰ در گزارش خود آورده است که مثل 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 آن ها 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 سیاستهای ملی و بین المللی که سبب تداوم مشکل گرسنگی شده یا به ایجاد آن کمک م یکنند امری ضروری است. دولت ها باید در زمینه نظارت بر بخش خصوصی و مؤسساتی که حق دسترسی به غذای کافی را پایمال می کنند، بیشتر فعالیت نمایند. به نظر می رسد که حق دسترسی به مواد غذایی در هنگام بحران موضوع فراموش شده ای است، بحران غذا با بازنگری در تخصیص منابع در خانواده همراه است و معمولاً بیشترین اثر را بر گروه های آسیب پذیر دارد، برای مثال مادران شیرده گروهی هستند که در این بحران ها به میزان بیشتری دچار سوء تغذیه می شوند و باید دقت کنیم که رژیم غذایی کودکان کوچک معمولاً متأثر از رژیم غذایی مادران آن هاست. بحران غذا سبب می شود قدرت خرید خانواده در تأمین ماد غذایی و تنوع مواد غذایی در سفره آن ها کاهش یابد. این کنسرسیوم مداخلات زیر را پیشنهاد می کند: (۱۷)

* تخصیص یارانه به خدمات سلامت عمومی جهت گروه های آسیب پذیر

* برقراری مجدد درآمد خانواده ها به ویژه اعضای مؤنث خانواده که ارتباط بیشتری با تغذیه دارد

* اطمینان از اینکه مداخلات بخش خصوصی سبب محرومیت جامعه در دسترسی به زمین و اتلاف منابع طبیعی نمی شود

* بازبینی سیاست های ملی و بین المللی برای حفظ دسترسی افراد به زمین

* سرمایه گذاری متمرکز در زمینه سلامت و تغذیه در زمینه اولویت هایی که با مشارکت خود مردم تعیین شده اند.

* پایش مدام وضعیت جهانی امنیت غذایی و وضعیت تغذیه در سطح ملی و محلی

* ایجاد ساز و کار های حمایتی برای کودکان بی سرپرست به طور خاص و حمایت های اجتماعی عمومی

۱۸) دپارتمان کشاورزی آمریکا در سال ۱۹۵ اندکس رژیم غذایی سالم (Healthy Eating Index (HEI) را به عنوان ابزاری برای سنجش کیفیت رژیم غذایی معرفی کرد که پیروی از دستورالعمل کشوری برای رژیم غذایی را ارزیابی می‌کند. اندکس HEI 2005 ابزار استاندارد است که در پایش، مداخله و پژوهش می‌توان از آن استفاده کرد. (۱۸)

۱۹) 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: (۱۹)

موفقیت یک برنامه از یک سو به قابلیت آن برای تحقق اهداف بستگی دارد، و از سوی دیگر به قابلیت آن برای حفظ این دستاوردها.

خلق یک کلان محیط (macro environment) پشتیبان: در اکثر کشورها چنین محیط حمایت‌کننده‌ای وجود دارد، اما حتی در آنجایی هم که وجود دارد، پشتیبانی ممکن است به جهت دهی مجدد (re-orientation) نیازمند باشد. بسیاری از کشورها ممکن است مدعی یک محیط پشتیبان باشند که چرا امضاءکننده 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 کمپین هوشیاری برانگیز قوی سیاسی و عمومی حاصل شود. لازم است که در چنین کمپینی دستکم بر موارد زیر تأکید کرد:

- تغذیه به عنوان نشانگری مه‌خروجی 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 اینکه این موضوع چه سهمی در بهبود تغذیه دارد.

- نقش و سهم و ماهیت مشارکت اجتماعی:

- چگونه تمرکززدایی می‌تواند در ایجاد رابطه بی‌یک رویکرد بالا-پایین و یک رویکرد عمومی (grassroots) سهیم باشد.

مستقر ساختن چنین کمپین رویت‌پذی و متقاعدکننده‌های نیازمند زمان و منابع و شاید پشتیبانی چهره‌های مهم سیاسی است. یک رویکرد بدیل 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 که پروژه‌ای آزمایشی به اجرا درآورده‌ای و نمونه‌ای موفقیت‌آمیز (success story) ارائه دهیم: یک تأثیر بزرگ، پروژه‌ای بسیار آبرومند که بتواند مثالی باشد از آن چه باید انجام گیرد. صرف نظر از اینکه کدام رویکرد انتخاب شود، برای آن که بهبود تغذیه به گونه‌ای بادوام حاصل گردد لازم است که محیطی با یک خط مشی کلان ایجاد گردد.

دستیابی به مشارکت اجتماعی: 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 فرایندی کند و گام به گام است و گاهی لازم می‌شود که گاهی هم به عقب برداشته شود. احتمالاً بهترین

رویگرد یک رویکرد عملگرایانه است؛ آغاز کردن از همان چیزی که وجود دارد، بنا بهادان آن و به تدریج شکل بخشیدن به آن، به گونه ای که از یک سطح به سطح 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 جغرافیایی، 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

- گزینه ای که جدا می توان مورد ملاحظه قرار داد- بسیج کننده اجتماع اغلب نخستین "چهره" ای از برنامه خواهد بود که اغلب اجتماعات با آن مواجه می شوند. بسیج کننده ممکن است کارگر سلامت اجتماع، کارگر توسعه زراعی، کارگر توسعه اجتماع، و یا شخصی باشد که توسط خود برنامه به استخدام درآمده است. صرف نظر از پیش زمینه 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 یادبگیرد که چه زمان و از کجا کمک تکنیکی دریافت کند. یک جزء مهم دیگر از برنامه آموزشی می بایست یادگیری نظارت و انگیزه بخشی به داوطلبین اجتماع باشد.

داوطلبین (یا کارگران) اجتماع: داوطلبین اجتماعی از اجتماع خواهند بود که توسط اجتماع و برای پشتیبانی روزانه از کوشش هایشان 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 برنامه یا اجتماع) حقوقی دریافت کند یا دریافت نکند، اما برخی افراد از خانواده هایی که با آن ها کار می کنند اعانات غیر نقدی نیز دریافت می کنند. در خصوص داوطلبین نیز، به 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 اجتماعات، و با توجه به نشان دادن به دستاوردها تقویت کرد. یک سیستم نظارت مشارکتی به خودی خود بازخورد به اجتماع ارائه می دهد، اما به همان اندازه مهم است که بازخوردی به اجتماع داده شود که آن اجتماع بتواند پیشرفت و کوشش های خود را (مثلاً در نسبت با سایر اجتماعات 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 برنامه ها این است که وضعیت را ایستا فرض می کنند؛ این اجتناب ناپذیر است که بسیاری از داوطلبین و بسیج کننده ها آرزوی رسیدن به پست های 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 برنامه ها از یک انعطاف پذیری مشخص برخوردار باشند.

بهبود تغذیه نیازمند یک رویکرد یکپارچه است. در شرایطی که دسترسی به غذا آنچنان ناکافی است که خانواده ها نمی توانند از توصیه های غذایی که به ایشان می شود پیروی کنند، اینکه به آن ها در زمینه تغذیه آموزش دهیم بی معنی است. همچنین، در شرایطی که به خاطر اسهال یا ابتلاء به انگل، با اتلاف شدید مواد مغذی مواجهیم، فراهم آوردن مکمل های غذایی اقدامی تجملاتی 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 گیرنده اند. بنابراین سایر اعضای خانواده نیز می بایست در فرایند ایجاد تغییرات رفتاری در نظر گرفته شوند. این مثال ها بار دیگر توجه ما را به اهمیت یک چهارچوب مفهومی جلب می کنند. تلاش هایی که در جهت بهبود وضعیت تغذیه ای صورت می گیرد می بایست هم بر کمیت و هم بر کیفیت رژیم غذایی تأکید داشته باشد: یک رژیم غذایی که از نظر انرژی و پروتئین و همچنین ریز مغذی ها (micronutrients) کافی باشد.

تحقیقات تغذیه ای فرآندی مستمر است؛ هر روزه یافته های جدید منتشر می شود. یکی از مشکلات مشترک بسیاری از برنامه های تغذیه ای به خصوص آن هایی که سال ها پیش آغاز شده اند، این است که از نظر بنیان ها و رویکردهای علمی به روز نیستند. به عنوان مثال می توان به ترویج تولید و مصرف سبزیجات برگ دار سبزرنگ اشاره کرد؛ اگر آن را بخشی از یک رژیم غذایی متنوع در نظر بگیریم کاملاً موجه است، اما اگر استراتژی باشد برای مبارزه با کمبود ویتامین آ یا آهن، به احتمال زیاد دیگر موجه نخواهد بود؛ تحقیقات نشان می دهند که کودکی که دوره شیرخوارگی اش به پایان رسیده است توانایی آن را که به میزانی لازم برای رفع نیاز به ویتامین آ و آهن و سبزیجات سبزرنگ مصرف کند ندارد. یکی از نقش های کلیدی مدیریت ارشد برنامه این است که از جنبه یافته های علمی به روز باشد، این یافته ها را در مواقع لزوم به جرح و تعدیل هایی در استراتژی برنامه هدایت کند و کارکنان برنامه را از آن ها مطلع نگه دارد تا آن ها نیز بتوانند بهترین مشاوره ها را به اجتماع ارائه کنند. این تأکید دیگری است بر اهمیت وجود انعطاف پذیری ای در برنامه.

سنجش پیشرفت ها در وضعیت تغذیه ای : اگر یافته های تحقیقات اخیر صحیح باشد، و کوتاهی قد و کم وزنی علل متفاوتی از یکدیگر داشته باشند، در آن صورت لازم است که برنامه ها برای هر د این شرایط سیستم های ارزیابی داشته باشند، تا به این ترتیب بتوان از هدف گیری ها و استراتژی های مناسب بهره برد. برنامه مکزی که مساله عمده وضعیت تغذیه ای در مکزیک را (همچون بسیاری دیگر از کشورهای آمریکای لاتین) نه کم وزنی، که کوتاه قدی می داند، به درستی از بهبود طول قد افراد برای ارزیابی اثربخشی اش بر وضعیت تغذیه ای استفاده می کند. یک نقش دیگر مدیریت ارشد برنامه این است که داده های حاصل از سیستم ارزیابی را تفسیر کرده و در صورتی که داده ها به وضوح غیر واقعی بودند تشخیص دهد که در کجاها خطا رخ داده است. این کار را نمی توان به یک آمار دان واگذار کرد. آماردان توانایی این را ندارد که تشخیص دهد چه زمان یافته ای به لحاظ بیولوژیک یا اپیدمیکی غیر ممکن یا نامحتمل است.

برآورده ساختن نیازهای منابع : یک برنامه تغذیه ای موفق اجتماع- محور نیازمند منابع بسنده انسانی، فیزیکی و مالی است. همانطور که صراحتاً یا تلویحاً در بسیاری از قسمت های این گزارش عنوان شد، منابع انسانی با صلاحیت و خوب آموزش دیده در تمامی سطوح ضروری می باشند. چنانکه در کشوری چنین منابعی وجود نداشت، لازم است از طریق ظرفیت سازی و تحصیل، چنین منابعی خلق گردد. در صورتی که لازم بود کارکنان بین المللی به کار گرفته شوند، می بایست آن را راه حلی کوتاه مدت تلقی کرد، و می بایست به کر استراتژی روشنی برای جایگزین کردن آن ها در اسرع وقت با اشخاصی از اتباع همان کشور بود. این مستلزم ترکیبی است از آموزش رسمی (تحت همان برنامه یا در موسسات آموزشی ملی یا منطقه ای) و آموزش حین کار. به واقع آموزش حین کار، و همچنین فرایندی روشن برای واگذاری کارها، می بایست بخشی از وظایف شغلی تمامی کارکنان بین المللی باشد. عموماً در برنامه های تغذیه ای تقاضا برای منابع فیزیکی چندان زیاد نیست و می توان با سهیم شدن در منابع سایر بختها (سلامت، کشاورزی) آن را برآورده کرد. منابع مالی، برای کشورهای فقیر یک محدودت عمده است و بیشتر اوقات جز روی آوردن به اعانات خارجی دلیل برای آن وجود ندارد. در صورتی که چینی باشد، لازم است که یک برنامه زمانبندی متقابلاً قابل قبول نیز برای واگذاری مسئولیت مالی وجود داشته باشد، و اهداف و چهارچوب های 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 مقاصدی وضع گردد و برای دستیابی به اینها 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 جزئی از کل استراتژی توسعه ای یک کشور نگاه شود، درست همانگونه که به سلامت، آموزش و کشاورزی توجه می شود. یکی از نه مقوله کنفرانس بین المللی تغذیه در سال ۱۹۹۲ (FAO/ICN 1992) 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 در تغذیه را یکی از خروجی های کلیدی طرح های توسعه ای در نظر بگیریم. برنامه همچنین باید آمادگی آن را داشته باشد که همزمان با پیش رفت تمرکززدایی با تغییرات انطباق یابد، متوجه نتایج اداری ضمنی این فرایند و نیز متوجه نیازی که به فراهم آوردن تخصص مناسب تغذیه ای در سطوح میانی و محلی، و نه فقط ملی، وجود دارد باشد. اهداف می بایست واقع بینانه باشند و کمیت و ماهیت مساله تغذیه، وضعیت کنونی توسعه و سازمان یابی اجتماع، سطوح با سواد، 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 مدنظر قرار گیرند.

آینده برنامه ریزی تغذیه ای چالش های خاص خود را خواهد داشت، که برخی از آن ها خارج از کنترل تغذیه شناسان و برنامه های آن ها هستند، اما همه آن ها مستلزم انعطاف پذیری ای 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 تبدیل مشکلات تغذیه ای (nutrition transition): برخی از کشورها تغییری را در نمایه مسائل تغذیه ای تجربه کرده اند. مشکل غذای ناکافی عموماً کاهش یافته، اما با کاهش یافتن آن شاهد افزایشی در 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 بر دوش دارند. غالب شدن بیماری های غیرواگیر نظیر اختلالات قلبی و عروقی و سرطان ها و مرگ و میر ناشی از آنها، افزایش سریعی داشته است. غلبه بیماری های عفونی کاهش یافته است اما بسیاری از کشورها با چالش ایدز و اغلب نیز در ابعادی اپیدمی درگیرند.

۲- برآورده ساختن نیازهای اشخاص مسن تر : با افزایش امید به زندگی، شاهد افزایشی در نسبت جمعیت کهنسالان نیز بوده ایم. بسیاری از کشورها آمادگی مواجه با این موضوع را ندارند، و تنها معدودی از آن ها نیاز به تغییر در برنامه های سلامت و تغذیه را، که عمدتاً هنوز متوجه نوزادان، کودکان و زنان باردار است مدنظر قرار داده اند. مطالعات اخیر (اسماعیل و ماناندار، ۱۹۹۹) سطح بالایی از سوء تغذیه را در اشخاص مسن نشان داده اند : ۳۵ درصد در اجتماعات فقیر شهری در هند و نیز نواحی روستایی مالوی، برنامه های تأمین اجتماعی اکثراً نابسندند و پشتیبانی ای که به طور سنتی در خانواده های بزرگ وجود داشت با سرگرفتن مهاجرت ها، اپیدمی ایدز و گرایشی که به خانواده کم جمعیت تر به وجود آمده به طرز قابل ملاحظه ای رو به افول است.

۳- شهری شدن: بیشتر برنامه هایی که در این گزارش مورد بررسی قرار گرفتند (به استثنای برنامه های برزیل و مکزیک) به مسائل اجتماعات روستایی پرداخته اند. تمامی مناطق جهان، به طرز روز افزونی، به شهری سازی عظیم و پیچیدگی مسائلی که

این شهری سازی با خود به همراه دارد مواجه گشته اند. نیاز فوری به ایجاد استراتژی های مؤثر برای اجتماعات شهری وجود دارد.

۴- تمرکز زدایی: اکثر کشورها یک فرایند جدی تمرکززدایی را آغاز کرده اند، و لازم است که برنامه های تغذیه ای 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 می آورد به خصوص در ارتباط با دسترس پذیری (و مهار) تأمین مالی در سطح ملی، تمرکززدایی از بسیاری طرق به یک رویکرد عمومی کمک رسانده و از آن پشتیبانی می کند، و به این ترتیب دستیابی به مشارکت اجتماع آسان تر خواهد شد. اما مشکلاتی را نیز به وجود می آورد، به خصوص این که در سطحی که تصمیمات می بایست اتخاذ گردند دسترسی به تخصص مناسب تغذیه و سایر تخصص ها وجود ندارد.

۵- پیشرفت های علمی و تکنولوژی های جدید: در تاریخ علم، علم تغذیه کودکی بیش نیست. هنوز خیلی چیزها برای فهم و کشف باقی مانده است و هر روز پیشرفت های جدیدی حاصل می شود. چالشی که پیش روی یک برنامه ریزی تغذیه است این است که گام به گام با این پیشرفت ها همراه باشد، توانایی ارزیابی اعتبار علمی آن ها 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 (Quesungual) 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 آن ها و توسعه و ترویج شان صورت گرفته است. این ها احتمالاً نتایج ضمنی عظیمی برای آینده دسترس پذیری غذا و تغذیه خواهند داشت.

۶- شراکت های جدید: به طرز روزافزون گرایش در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته در حال شکل گیری است، مبنی بر این که آنچه که بیشتر بخشی از حوزه دولتی دانسته می شد به بخش خصوصی واگذار گردد. بسیاری از جنبه های مراقبت سلامت به شرکت های خصوصی واگذار شده اند و عرضه رایگان مراقبت پزشکی دارد جای خود را به پرداخت شخصی و بیمه های پزشکی خصوصی می دهد. 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 آن ها شراکت هایی برقرار کرده اند، اکثراً با سازمان های مردم نهاد اما برخی شان شراکت هایی با بخش خصوصی نیز دارند. همچنان که دانشگاه ها و مؤسسات تحقیقاتی نیز انحصار سنتی شان را کنار گذاشته و به حوزه توسعه پا می گذارند شراکت های آکادمیک نیز به طرز روزافزونی پا می گیرند. سوء تغذیه مانعی بر سر توسعه است و حضور آن نشانه می دهد که نیازهای پایه ای زیست شناختی برآورده نشده اند. آن چه 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 فرایند کاری پیچیده است چرا که لازم است که به بسیاری از موضوعات به طور همزمان پرداخته شود، و هر موقعیتی نیز متفاوت است، بنابر این هیچ راه حل یکتایی وجود ندارد. تنها چیزی که در دسترس ماست راهبردهای کلی است که جهت حرکت را نشان می دهد. تجربیاتی و درس هایی که آموخته ایم نشان می دهند که برای جبران و ترمیم یک موقعیت به زمان قابل ملاحظه ای نیاز است (ده سال و بلکه بیشتر)، و اینکه در تمام طول این دوران یک محیط سیاسی و خط مشی ای پشتیبان قوی اهمیت اساسی دارد. 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 ای که انجام شده است عایدی قابل ملاحظه ای خواهد داشت.

۲۰) سازمان جهانی بهداشت در گزارش سال ۲۰۰۳ خود با عنوان تغذیه، رژیم غذایی و پیشگیری از بیماری های مزمن نکات کلیدی زیر را تأکید کرده است:

الف) به هنگام ایجاد استراتژی های ملی جهت کاهش بار بیماری های مزمن مرتبط با رژیم غذایی و عدم فعالیت فیزیکی، اصول خطی مشی ذیل باید مدنظر قرار گیرند: (۲۰)

استراتژی ها می بایست جامع باشند و از چشم اندازی چندبخشی به تمامی خطرات عمده مرتبط با رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی که به مجموع بیماری های مزمن ربط پیدا می کنند بپردازد، و علاوه بر آن ها به خطرات دیگری نظیر مصرف دخانیات، هر کشوری خود می بایست ترکیب بهینه اقدامات را متناسب با ظرفیت های ملی، قوانین و واقعیت های اقتصادی گزینش کند.

دولت ها یک نقش پیشبرنده مرکزی در ایجاد استراتژیها، تضمین عملی شدن اقدامات و نظارت بر تأثیر بلند مدت آن ها دارند.

وزارت های سلامت یک نقش همایشی حیاتی دارند- یعنی گرد هم آوردن سایر وزارت هایی که برای طراحی و استقرار مؤثر خط مشی نیازند.

لازم است که دولت ها همکاری داشته باشند با بخش خصوصی، نهادهای حرفه ای سلامت، گروه های مصرف کنندگان، آکادمیسین ها، اجتماعات تحقیقاتی و سایر نهادهای غیر دولتی، اگر که هدف دستیابی به یک پیشرفت پایدار است.

یک چشم انداز تمام عمری در خصوص جلوگیری و مهار بیماری های مزمن اهمیت اساسی دارد. چنین چشم اندازی از سلامت مادر و فرزند و عملکردهای تغذیه و مراقبت آغاز شده و تا مدرسه و محیط های کاری، دسترسی به سلامت پیشگیرانه و مراقبت اولیه و همچنین مراقبت اجتماع- محور در خصوص افراد مسن و معلول تداوم می یابد.

استراتژی ها می بایست متوجه برابری باشند و نابرابری ها را محو سازند. آن ها می بایست بر نیازهای فقیرترین اجتماعات و گروه های جمعیتی تمرکز کنند و این مستلزم آن است که دولت قویا نقش ایفاء کند. به علاوه، از آن جا که عموماً زنان در خصوص تغذیه خانوار تصمیم می گیرند لازم است که استراتژی ها به جنسیت توجه داشته باشند.

کشورها، در اقداماتی که به تنهایی برای ترویج رژیم غذایی بهینه و زندگی سالم انجام می دهند محدودیت هایی دارند. لازم است که استراتژی ها به میزان قابل ملاحظه ای از "استانداردهای بین المللی" موجود جهت فراهم آوردن مرجعی در تجارت بین المللی خط بگیرند. ممکن است کشورهای عضو علاقه مند 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 علاقه مند باشند که وسایلی جهت تضمین دسترس پذیری انتخاب سالم تر (نظیر میوه ها و سبزیجات) برای تمامی گروه های اجتماعی- اقتصادی در نظر گرفته شود. نقش رهبری بین المللی WHO در پیش بردن دستور کار رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی و سلامت حیاتی است. FAO نیز نقش مهمی در این فرایند دارد چرا که سر و کار آن با موضوعات مرتبط با تولید، تجارت، بازاریابی غذا و محصولات کشاورزی است و راهبردهایی فراهم می آورد که ایمنی غذا و امنیت تغذیه ای و محصولات غذایی را تضمین می کند.

ب) پیش نیازهای استقرار استراتژی های محلی و ملی مؤثر رهبری، ارتباطات مؤثر، برقراری ائتلاف ها و یک محیط توانمندساز است.

برای عملی ساختن تغییرات دراز مدت، رهبری ضرورت دارد. در محدوده های ملی، مسئولیت عمده فراهم آوردن این رهبری با دولت هاست. در برخی موارد ممکن است که پیش از اقدام دولت، رهبری با سازمان های جامعه مدنی آغاز گردد.

تغییر را تنها با ارتباطات مؤثر می توان آغاز کرد. نقش اصلی ارتباطات مؤثر به سلامت این است که میان متخصصین تکنیکی، سیاست گذاران و عموم پلی بزند. یک ارتباط مؤثر را از ظرفیت آن برای آگاهی بخشی، ارتقاء شناخت و القاء تغییرات بلند مدت در رفتارهای فردی اجتماعی می توان شناخت، و در این موضوع خاص، استفاده از رژیم های غذایی سالم و فعالیت فیزیکی، 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 هدف گذاری شده باشند مصرف کننده ها را قادر می سازد تا بهتر مطلع شده و انتخاب های سالم تری داشته باشند.

برقراری ائتلاف ها و شراکت ها : در صورتی که تمامی گروه ها علاقه مندانه ائتلاف هایی تشکیل دهند می توان به تغییر سرعت بخشید. ایده آل آن است که کوشش های مربوطه طیفی از گروه ها را شامل گردد که اقداماتشان بر اعمال و انتخاب های افراد در خصوص رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی تأثیر گذار است. این احتمال زیاد است که ائتلاف ها از اجتماعات به سطوح ملی و منطقه ای بسط یابد و تحت نهادهای مختلف عمومی، خصوصی و داوطلبانه کانون هایی رسمی را تشکیل دهد. درگیر شدن انجمن های مصرف کنندگان نیز برای تسهیل در امر سلامت و آموزش تغذیه مهم است. از سازمان های بین المللی که وظایفی در رابطه با تغذیه بر عهده دارند، نظیر FAO و WHO انتظار می رود که مشوق هدایت اطلاعات قابل اعتماد در خلال آن شبکه ها باشند. ائتلاف هایی که با سایر اعضای خانواده سازمان ملل متحد صورت می گیرند نیز مهمند، به عنوان مثال، ائتلاف با بنیان کودکان ملل متحد در امور مربوط به تغذیه مادر- کودک و رویکردهای دوره زندگی در مورد سلامت. صنعت بخش خصوصی که در امور تولید غذا، بسته بندی، تدارکات، خرده فروشی و بازاریابی ذی نفع است و سایر نهادهای خصوصی که به امور مربوط به سبک زندگی، ورزش ها، توریسم، تفریحات و بیمه سلامت و عمر مشغولند، در این میان نقش کلیدی دارند. گاهی بهتر است به عوض کار با صنایع منفرد که علاقه مند هستند در ازای سرمایه گذاری شان عایدی داشته باشند با گروه هایی از صنایع کار انجام شود.

توانمند سازی محیط ها: در صورتی که محیط کلان و محیط خردی که انتخاب ها تحت آن ها صورت می گیرند پشتیبان تصمیم های مفید سالم و ثمربخش باشند، تسهیل تغییر انفرادی محتمل تر خواهد بود. سیاست های غذایی، الگوهای بازاریابی و سبک های زندگی شخصی می بایست به طریقی تحول یابند که زندگی سالمتر و انتخاب غذاهایی را که بیشتر مزایا را برای سلامتی شخص دارند برای افراد آسانتر سازد. یک محیط توانمندساز، چهارچوب ارجاعی وسیعی می باشد و از محیط مدرسه، محل کار و اجتماع تا خط مشی های حمل و نقل، خط مشی های طراحی شهری و دسترسی پذیری یک رژیم غذایی سالم را دربر می گیرد علاوه بر این، چنین محیطی نیازمند آن است که پیش از آن خط مشی های پشتیبان قضایی، مقرراتی و مالی مستقر شده باشند. در صورتی که زمینه ای توانمندساز وجود نداشته باشد، احتمال تغییر به حداقل می رسد. ایده آل آن است که محیطی داشته باشیم که نه تنها زندگی سالم را تبلیغ کند بلکه از آن پشتیبانی کرده و مدافعتش باشد، و فرضا پیاده روی یا رکاب زدن تا محل کار، خرید سبزیجات و میوه های تازه و غذا خوردن و کارکردن در محیطی عاری از دود سیگار را امکان پذیر سازد.

سایر پیش نیازها به شرح زیر است:

- حمایت از قابلیت دسترسی و انتخاب غذاهای مغذی (میوه‌ها، سبزیجات، غلات، گوشت کم چربی و محصولات لبنی کم چربی).

- ارزیابی روندهای تغییر الگوهای مصرف و پیامدهای ضمنی آنها برای اقتصاد غذا (کشاورزی، احشام، شیلات و باغبانی).

- تا به حال بیشتر اطلاعات مربوط به مصرف غذا از داده‌های تراز ملی غذا (national Food Balance) کسب شده است. به جهت فهم بهتر رابطه میان الگوهای مصرف غذا، رژیم‌های غذایی و ظهور بیماری‌های غیر واگیر، ضروری است که با سرشماری‌هایی که نمودار مصرف باشند اطلاعاتی در خصوص الگوهای واقعی مصرف غذا و روندهای تغییر یابنده به دست آید.

- توانایی بخشیدن به افراد جهت انجام انتخاب‌های آگاهانه و اقدامات مؤثر از طریق برچسب‌گذاری و همچنین استفاده بهینه از استانداردها و قانون‌گذاری

- تضمین این که عناصر "رژیم غذایی سالم" در دسترس همگان است: در مورد غذاهایی که خارج از منزل (یعنی در رستوران‌ها و ساندویچی‌ها) تهیه می‌شود، اطلاعات مربوط به کیفیت غذایی آن‌ها می‌بایست به شیوه‌ای ساده در اختیار مشتریان قرار گیرد تا آن‌ها بتوانند غذاهای سالمتری را انتخاب کنند. به عنوان مثال مشتریان باید قادر باشند نه تنها از میزان چربی یا روغن غذایشان، بلکه از زیاد و کم بودن چربی‌های اشباع شده و اسیدهای چرب نیز اطمینان حاصل کنند.

- حصول به موفقیت از طریق اقداماتی بین‌بخشی (intersectoral initiatives)

- استفاده بهینه از خدمات سلامت و متخصصینی که این خدمات را ارائه می‌دهند از جمله گنجاندن دوره‌های آموزشی

(۲۱) بر اساس مقاله منتشر شده در مجله علمی تغذیه جهانی با عنوان فراز و نشیب پارادایم‌های غذا و تغذیه در جهان؛ رویکرد و پارادایم امروز این است که غذا و تغذیه مناسب حق انسانی است. در این مقاله رویکردهای مختلف سازمان‌های بین‌المللی و کشورهای جهان از ۱۹۵۰ تاکنون مورد بررسی قرار گرفته است و این نکته را متذکر می‌شود که هنوز خیلی از کشورها موضوع غذا و تغذیه مناسب را به عنوان یک حق نمی‌نگرند و همچنان در پارادایم‌های قبلی تأکید دارند. (۲۱)

(۲۲) سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ راهنمای همکاری بین‌بخشی برای تدوین و اجرای سیاست‌های غذا و تغذیه را منتشر ساخت بر اساس این گزارش عوامل بر تغذیه مردم از سیاست تا مصرف به شرح نمودار زیر است: (۲۲)

بخش دوم) شناخت

(۱) تصویر تغذیه و امنیت غذایی کشور از منظر شاخص‌ها چگونه است؟

برای ترسیم نیم رخ تغذیه و امنیت غذایی لازم است از الگوی مفهومی معینی استفاده شده و شاخص‌ها تعریف شوند، الگوی مفهومی روبرو یکی از آنها است که بر اساس 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 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 می دهد. سبد غذایی خود تحت تأثیر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، ایمنی غذایی و سواد تغذیه ای افراد است و عوامل کلان چون واردات، صادرات و قیمت جهانی غذا اثر می پذیرد.

نتیجه سبد غذایی، سفره خانوار و وضعیت سلامت افراد و محیط خانوار، شاخص های پیامد و اثر مرتبط به امنیت غذایی را شکل می دهد، به عبارت دیگر هر قدر عوامل دورتر (نسبت به پیامد) بهتر عمل کنند وضعیت برتری در سطح پیامد و اثر تغذیه ای برای آن جامعه رخ می دهد. در شاخص امنیت غذایی (Food Security Index) جمع بندی وضعیت شاخص های فوق نمره ای برای هر منطقه جغرافیایی منظور می شود 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 (۷/۵ - ۵) و خطر پایین (۱۰ - ۷/۵)، از عوامل مهم و مؤثر بر وضعیت امنیت غذایی یک جامعه نظام مدیریت امنیت غذایی آن است که سیستم رصد (هشداردهنده) و نظام پاسخ دهی، تحقیقات کاربردی، ارزیابی و مداخله سریع در بحران و نیروی انسانی متخصص را شامل می شود. مدل مفهومی فوق مبنای توصیف، تحلیل و تعیین مداخلات ارتقا دهنده وضعیت امنیت غذایی است. بر اساس این مدل شاخص های تغذیه و امنیت غذایی زیر برای تحلیل در این سند در نظر گرفته شده است:

شاخص ها	حوزه ها و حیطه ها	
تولید: شاخص تولید غذا (Food Production Index)، حجم تولید مواد غذایی، میزان تولید غذاهای فراویژه، تراریخته، غذاهای ارگانیک، غذاهای غنی شده توزیع: تعداد فروشگاه ها و توزیع آنها	فیزیکی	دسترسی
درصد خانوارهای زیر خط فقر، درصد درآمد به غذا، شاخص قیمت برای مصرف کننده (Consumer Price Index)، سهم غذا از درآمد خانوار، بودجه غای خانوار، شاخص قیمت غذا (Food Price Index)، ضریب جینی، یارانه ها، شاخص عدالت توزیعی و مصرف سرپرست خانوار	اقتصادی	
سواد تغذیه ای انتخاب غذا، تحصیلات، ترجیحات غذایی	سواد تغذیه ای	
درصد آلودگی های بیولوژیکی، فیزیکی و شیمیایی شامل آفت کش ها و داروها، آلودگی فلزات سنگین، مهاجرت مواد بسته بندی به مواد غذایی، آلودگی به سموم قارچ ها و بقایای حشرات و حیوانات موزی، هورمون ها و پرتوزاها، مواد افزودنی غیر مجاز، شیوه دفع ضایعات مواد غذایی	ایمنی غذایی	
درصد خانواده هایی که نمک یددار مصرف می کنند، میزان مصرف نوشابه، کنسرو، ماهی، غذا حاضری و فست فود، هله هوله، مصرف سرانه- روزانه و همچنین شاخص مصرف سرانه- روزانه برای انرژی، پروتئین، آهن، کلسیم (توضیح: شاخص مصرف (کل کشور = ۱۰۰)، دوره های آموزشی مهارت های آشپزی، مصرف شیر مادر، روش پختن و نگهداری غذا، عادات غذایی، درصد مصرف روغن جامد، شاخص مصرف کربوهیدرات	فرهنگ و عادات	
شیوع اسهال، مرگ نوزاد و مرگ کودک زیر یکسال، امید به زندگی در بدو تولد، درصد خانواده هایی که به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند، شیوع بیماریهای مؤثر بر تغذیه و جذب مواد غذایی، میزان پوشش مراقبت های دوران بارداری- کودکی- نوجوانی- میانسالی و سالمندی	وضعیت سلامت	
کوتاه قدی تغذیه ای: زیر ۵ سال و ۶ تا ۱۴ سال، توده بدنی (لاغری، اضافه وزن و چاقی) در گروه های سنی و جنسی و میزان تولد نوزاد با وزن کم	آنتروپومتریک	
کمبود آهن (به ویژه در دوران کودکی و بارداری)، روی، ویتامین آ (کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه- زنان باردار) و B2، ویتامین د (کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه- زنان باردار)، کلسیم، کمبود ید (۱۴-۶)، اسید فولیک	ریز مغذی ها	
سیستم رصد و نظام پاسخدهی امنیت غذایی شامل سامانه تصمیم گیری	سیستم مراقبت	
تعداد تحقیقات کاربردی مرتبط به شاخص های سطح پیامد و عوامل مؤثر بر آن به ویژه فرهنگ و سواد تغذیه ای (وجود تحقیقات دوره ای عادات غذایی در بخش های جمعیتی)	تحقیقات	
	سبد غذایی	
	سفره خانوار	
	پیامدهای تغذیه ای	
	نظام امنیت غذایی	

	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 برنامه های آموزش مستمر نیروهای انسانی این حوزه
عوامل زیرونی	دموگرافیک	میزان رشد جمعیت، درصد جمعیت روستایی و شهری
	سطح آموزش	میزان باسوادی، میزان ترک تحصیلی

بر اساس شاخص های فوق وضعیت تعدادی از نشانگرهای تغذیه و امنیت غذایی مهم به شرح صفحه بعد است:

نیم رخ وضعیت شاخص های تغذیه و امنیت غذایی کشور		
حیطه	نام شاخص	توصیف و تحلیل (با منبع)
دسترسی فیزیکی و اقتصادی	شاخص تولید غذا (Food Production Index)	شاخص تولید غذا در ایران از ۱۰۸.۲ در سال ۲۰۰۷ به ۲۰۹.۳ در ۲۰۱۰ افزایش یافته است (۱)
	حجم تولید مواد غذایی	غلات: ۲۳۰۰۰ هزارتن، حبوبات: ۷۱۶ هزارتن، سبزی ها: ۱۶۰۰۰ هزارتن (۲)، گوشت قرمز: ۹۳۳/۶ هزارتن، گوشت مرغ: ۱۶۶۶/۵ هزارتن، تخم مرغ: ۷۶۶/۷ هزارتن، شیر: ۱۰۲۴۲ هزارتن، ماهی: ۶۴۹ هزارتن و میگو: ۱۴/۳ هزارتن (۳)، تولید گندم و برنج از سال های ۷۱ تا ۸۸ روند کاهشی داشته است. تولید حبوبات در طی همین سال ها روند افزایشی داشته ولی در سال های اخیر مجدداً کاهش پیدا کرده، تولید سیب زمینی کاهش، سبزی نسبت به سال ۸۱ افزایش داشته است ولی نسبت به سال های اخیر کاهش داشته تولید گوشت قرمز و مرغ افزایش داشته تولید شیر افزایش داشته، تولید تخم مرغ و روغن مایع ثابت بوده، همچنین قند و شکر ثابت بوده (۲)
	توزیع: تعداد فروشگاه ها و توزیع آن ها	عمده فروشی مواد خام کشاورزی، حیوانات زنده، خوراکی ها، آشامیدنی ها و دخانیات: ۳۰۵۳ (۴) خرده فروشی غذا و آشامیدنی ها و دخانیات در فروشگاه های 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 خوراکی و دخانی سالانه	متوسط هزینه خوراکی و دخانی سالانه یک خانوار شهری: ۲۶.۱۵۷.۰۰۰ ریال (۷) و یک خانوار روستایی: ۲۶.۱۳۷.۰۰۰ ریال (۷). متوسط سهم هزینه خوراکی و دخانی در روستا: ۳۷٪ و در شهر ۲۳٪ است. (مطالعه سمپات)
ایمنی غذایی	شاخص قیمت غذا (Food Price Index) شاخص قیمت برای مصرف کننده	عدد شاخص کل بهای کالاها و خوراکی و آشامیدنی در فروردین ۱۳۹۱: ۳۹۰.۴ (۴) یک کیلوگرم مرغ: ۵۲۰۰۰ ریال، یک کیلوگرم تخم مرغ: ۲۲۴۰۰ ریال، یک کیلوگرم گوشت گوسفند: ۲۰۸۵۰۰ ریال، یک کیلوگرم گوشت گاو: ۱۴۸۰۰۰ ریال (۵) شاخص بهای کالاها در فروردین ۹۱ در مقایسه با ماه قبل و سال قبل ۵.۲٪ و ۳۳٪ افزایش داشته است.
	GNP، ضریب جینی، یارانه ها (سهم سبد مصرف خوراکی خانوار از برنامه حمایتی)	ضریب جینی ۰.۳۷ در سال ۹۰ (۸) با توجه به ۰.۳ کاهش نسبت به سال قبل، به نظر می رسد شاخص ضریب جینی رو به بهبود می باشد.
	آلودگی های بیولوژیکی، فیزیکی و شیمیایی شامل: آفت کش ها و داروها، آلودگی فلزات سنگین، آلودگی به سموم قارچ ها و بقایای حشرات و حیوانات موزی، هورمون ها و پرتوزاها، آلودگی به ترکیبات بسته بندی، مواد افزودنی غیر مجاز و شیوه دفع ضایعات مواد غذایی: داده های 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.	
سواد تغذیه ای، فرهنگ و عادات غذایی	میزان خانوار مصرف کننده نمک یددار	۹۸٪ خانوارهای ایرانی (۹)، شاخص های این برنامه حاکی از آنست که ایران در زمره کشورهایی است که اختلالات ناشی از کمبود ید را کنترل کرده است (۹)
	میزان مصرف نوشابه	۳۳ لیتر، بررسی های وزارت بازرگانی (۱۰) ۵۳.۸٪ هیچ بار در هفته، ۱۸.۷ یکبار در هفته، ۱۲.۵٪ دوبار در هفته، ۷.۲٪ سه بار 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 می شود. (۱۰)

😊	میزان مصرف کنسرو: حاضری 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	۷.۸ 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 می باشد (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 ۶ کیلوگرم در سال و دو برابر مصرف جهانی (۳ کیلوگرم) در سال می باشد. (۳۳)
😞	میزان مصرف هله هوله	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 گروه های غذایی	نان و غلات: ۴۵۱، میوه ها: ۱۴۲، سبزی ها: ۲۲۵، شیر و لبنیات: ۱۳۹، گوشت: ۶۴، حبوبات: ۱۹، تخم مرغ: ۲۱، روغن و چربی: ۴۶ (گرم در روز) (۱۱) گندم، شلتوک و سایر غلات: ۱۳، قند و شکر: ۳، حبوبات: ۶، سبزی و میوه: ۲۶، انواع گوشت و تخم مرغ: ۳.۵، شیر: ۷، انواع روغن و چربی: ۱ (اعداد به میلیون تن می باشد) (۳) نان و غلات ۱۱-۶ واحد، میوه ها و سبزی ها ۵-۳ واحد، شیر و لبنیات ۳-۲، حبوبات، مغزها و تخم مرغ ۳-۲ واحد در روز، و چربی ها، روغن و شیرینی ها مصرف با احتیاط (۳۲) به طور کلی در یک رژیم غذایی متعادل باید ۱۲-۱۵ درصد انرژی مورد نیاز روزانه از پروتئین، ۵۰-۶۰ درصد از کربوهیدرات و ۳۰ درصد از چربی تأمین شود (۳۱)
😊	مصرف سرانه- روزانه و همچنین شاخص مصرف سرانه- روزانه برای انرژی، پروتئین، آهن، کلسیم (توضیح: شاخص مصرف (کل کشور = ۱۰۰))	انرژی: ۲۵۶۳ کیلو کالری در روز، پروتئین: ۷۰ گرم در روز آهن: ۱۴، کلسیم: ۵۵۰ (ملی گرم در روز) (۱۱)، میزان عرضه روزانه پروتئین: ۹۵.۵، کربوهیدرات: ۶۲۹، چربی: ۸۱، کلسیم: ۶۵۰.۵ آهن: ۱۷، ویتامین آ: ۷۲۹ (گرم) در روز (۳) میزان استاندارد استفاده دریافتی روزانه اسید چرب اشباع شده: ۲۰، کلسترول: ۳، سدیم: ۲.۴، پتاسیم: ۳.۵، کربوهیدرات ها: ۳، فیبر: ۲۵ و پروتئین ۵۰، آهن ۰.۱۸، کلسیم ۱ (گرم) می باشد (۳۰)
😊	مصرف شیر مادر	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٪، ۶۰٪، ترکیه (۲۰۰۸) ۳۹٪ وضعیت نسبتاً مطلوبی است (۲۰)
😊	شیوع اسهال در کودکان زیر ۵ سال	۱۳/۵٪ (۱۲۳)، ۹۰٪ مرگ های ناشی از اسهال و پنومونی در کشورهای آسیای جنوبی و آفریقای زیر صحرا اتفاق می افتد (۲۲)
😊	مرگ نوزاد، مرگ کودکان زیر یکسال	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)
😊	درصد دسترسی خانواده ها به آب بهداشتی	۹۶/۸٪ خانوارها (۱۲) ف میزا دسترسی جمعیت 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)
😊	کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی در: کودکان زیر ۵ سال	نتایج سه بررسی کشوری سال های ۱۳۷۴، ۱۳۷۷ و ۱۳۸۹ از نظر کوتاه قدی تغذیه ای، کم وزنی و لاغری نشان می دهد روند سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سل به ویژه طی سال های ۷۷ تا ۸۹ کاهش قابل ملاحظه ای داشته است. کودکان زیر ۵ سال کم وزنی: ۴/۰۸٪، لاغری: ۴٪، کوتاه قدی: ۶/۸۳٪ (۱۱) میزان کودکان کم وزن در سال ۲۰۰۴ برای ایران ۴.۶٪ بوده که نسبت به سال ۱۹۹۸ (۹.۵٪) و ۱۹۹۵ (۱۳.۸٪) شاهد روند رو به بهبود می باشیم (۲۶). شیوع کم وزنی زیر ۵ سال (۱۳۸۳): ۵/۲۵، شیوع کوتاه قدی زیر ۵ سال (۱۳۸۳): ۴/۷، شیوع لاغری زیر ۵ سال (۱۳۸۳): ۳/۷، کاهش ۵۰ درصدی سوء تغذیه کودکان با اجرای برنامه های مشارکتی حمایتی تغذیه کودکان.
😊	توده بدنی (لاغری، اضافه وزن و چاقی) در گروه های سنی و جنسی جامعه	میانگین شاخص توده بدنی ۲۴.۹۳ (۱۲)، درصد 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 می باشد. 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 می شوند (۲۷) درصد دانش آموزان با BMI پنج درصد و کمتر (وزرات آموزش و

سلامت مرتبط با تغذیه

پیام های تغذیه ای (انترپرومتریک، ریز مغزی ها و بیماری های غیر واگیر)

	پرورش، سال ۱۳۸۵): ۹/۴ درصد دانش آموزان با BMI ۹۵ درصد و بیشتر (وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵): ۷/۰۹ میانگین نمایه توده ی بدنی در سال ۸۳: ۲۴/۷	
😊	LBW: ۷/۷٪ (۱۱) میانگین میزان کم وزنی هنگام تولد در کشورهای آسیایی ۱۱.۶٪ می باشد. این رقم برای کشورهای توسعه یافته 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 ۴/۸٪ در سال ۸۶ به واسطه اجرای برنامه ی دار 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 (۲۰٪) بیشترین اقلیم: پنج (۵٪) و کمترین اقلیم: هشت (۷۱٪) و کمترین اقلیم: پنج (۳۱٪) کمبود شدید ویتامین د در زنان باردار ماهه میانگین (۵۳٪) بیشترین اقلیم: (۴٪) بیشترین اقلیم: هشت (۶٪) و کمترین اقلیم: شش (۲٪)، (۱۴) و شیوع گواتر: (۹)٪ (۵/۷)	کمبود آهن، روی، ویتامین آ، ویتامین د، کلسیم، و شیوع گواتر
☹️	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 مرگ ا در کشورمان به خاطر بیماری های قلبی عروقی است (۱۹)، سن ابتلا به بیماری های غیرواگیر نظیر سرطان پستان، دیابت و بیماری های قلبی در حال کاهش است (۱۸)، ۴۸/۶ درصد کل مرگ های دنیا به دلیل بیماری های 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)	بیماری های قلبی عروقی، دیابت، بعضی از انواع سرطان ها و...
	آنمی (فقر آهن و سایر آنمی ها)، هایپوتیروئیدی مادرزادی، فنیل کتون اوریا، گواتر درجه ۲ به بالا، دیابت، کمبود ویتامین A (اسکار قرنیه)، سوء تغذیه پروتئین- انژی، ریتکر سایر بیماری های تغذیه ای و متابولیک، بیماری های تغذیه و کم وزنی زمان تولد با تولد به هنگام مطابق جدول شاخص بار بیماری ها (پیوست)	شیوع بیماری های ناشی از کمبود مواد مغذ و مرتبط با غذا (Diet- related)
☹️	۱.۲۹٪ (۱۵)، میزان رشد جمعیت همانند کشورهای همسایه (به جز افغانستان) حدود ۱ تا ۲٪ متغیر است، این میزان از کشورهای پیشرفته مثل آمریکای شمالی، اروپا و روسیه بیشتر، و در مقایسه با آفریقای جنوبی، کمتر است (۲۶)	میزان رشد جمعیت
😊	جمعیت شهری، ۷۱.۴٪ و جمعیت روستایی ۲۸.۵٪، جمعیت غیرساکن ۰.۱٪ (۱۶)، جمعیت شهری کشورها همسایه مانند ترکیه (۷۰٪)، پاکستان (۳۶٪)، افغانستان (۲۳٪)، عراق (۶۶٪) می باشد. ژاپن (۶۷٪) و بیشترین میزان شهرنشینی (بیش از ۷۵٪) در قاره ی آمریکا و تا حدودی در اروپای غربی دیده می شود. (۳۰)	درصد جمعیت روستایی و شهری
😊	۸۴/۲۶٪ (۱۲)، میزان باسوادی در جوانان ۱۵-۲۴ اسله در سال ۲۰۰۸ برای ایران ۹۹٪ بوده است که نشاندهنده ی وضعیت مطلوب در این گروه سنی می باشد. (۲۵)	میزان باسوادی
☹️	۳ میلیون نفر از جمعیت ۱۷-۶ ساله خارج از مدرسه هستند (۱۷)	میزان ترک تحصیلی

۲) تحلیل ذینفعان تغذیه و امنیت غذا و مروری بر چارچوب دستگاه های مسئول اصلی در تغذیه و امنیت غذا

برای تحلیل ذینفعان ابتدا باید زنجیره غذا را ترسیم کرد و سامانه های مرتبط به هر قسمت را مشخص کرد:

زنجیره تامین غذا



با توجه به زنجیره غذا دستگاه ها مسئول را به سه دسته می توان تقسیم کرد:

۱. دستگاه های حاکمیتی مسئول در تغییرات اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فن آوری، بین المللی و محیط زیست مؤثر بر تغذیه و امنیت غذا

۲. دستگاه های حاکمیتی مسئول در فرایند اصلی تغذیه و امنیت غذا

۳. دستگاه ها و سامانه های حمایتی و پشتیبان در تغذیه و امنیت غذا. این تقسیم بندی از آن جهت مهم است که در عمل، پایش همکاری های بین بخشی می بایست بین دستگاه های مسئول اصلی در تغذیه و امنیت غذا صورت پذیرد و در صورت مشاهده اثرات عوامل کلان بر آن و یا نیاز حمایت های بیشتر، از سایر دستگاه ها جلب حمایت و درخواست شود، بدون شک هیات دولت و مسئولان ارشد کشور متولی اصلی در تدوین، حمایت، ابلاغ و پایش سیاست های تغذیه و امنیت غذا در کشور هستند. با توجه به این که تجربیات جهانی هم غذا را به عنوان یک موضوع سیاسی معرفی می کنند نقش گروه اخیر بیش از پیش آشکار می شود.

مهمترین نگرش آن است که کلیه تصمیم گیران و صاحبان قدرت باید از اثرات عملکرد خود را 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 سیاست ها بر سلامت (Health Impact Assessment) به کار گرفته می شود که در کشور ما هم مطابق قانون برنامه پنجم توسعه به عنوان پیوست سلامت معرفی شده است.

دستگاه های حاکمیتی مسئول در تغییرات اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فن آوری، بین المللی و محیط زیست مؤثر بر تغذیه 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 برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری، وزارت کشور (از جمله سازمان شهرداری ها و دهیاری ها و استانداران)، سازمان هدفمند نمودن یارانه ها، شورای عالی امنیت کشور، سازمان بازرسی کشور، شورای عالی علوم تحقیقات و فناوری (معروف به شورای عتف که کمیسیون تخصصی ویژه برای تعیین اولویت های پژوهشی و طرح های کلان ملی در حوزه امنیت غذایی رفاه و تأمین اجتماعی دارد)		
دستگاه های حاکمیتی مسئول در فرایند اصلی تغذیه و امنیت غذایی		
تغذیه (Nutrition)	ایمنی غذا (Food Safety)	تأمین پایدار غذا (Sustainable Food Supply)
دفتر بهبود تغذیه جامعه در معاونت بهداشت کلیه مراکز، دفاتر و ادارت معاونت بهداشت معاونت درمان، معاونت آموزش، معاونت تحقیقات و فن آوری و معاونت توسعه مدیریت و منابع و.ب.د.آ.	سازمان غذا و دارو (از جمله آزمایشگاه های تابعه) سازمان ملی استاندارد مرکز سلامت محیط و کار در معاونت بهداشت و.ب.د.آ. نظارت بر ایمنی مواد غذایی خام دامی (سازمان دامپزشکی) و تعیین حدود حداکثر باقیمانده ها (جهاد کشاورزی)	وزارت جهاد کشاورزی از جمله سازمان دامپزشکی، سازمان شیلات و سازمان حفظ نباتات وزارت صنعت معدن و تجارت
دستگاه ها و سامانه ای حمایتی و پشتیبان در تغذیه و امنیت غذایی		
دستگاه های 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 سواد آموزی، سازمان صدا و سیما، کمیته امداد امام خمینی (ره)، وزارت نیرو (تأمین آب سالم برای کشاورزی)، سازمان زندان ها، سازمان بهزیستی، سازمان مدیریت بحران، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (به عنوان تخصیص دهنده مالی سالیانه برای کاهش فقر غذایی)، معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور		
شبکه های تولید، توزیع و فروش		
کانون انجمن های صنفی صنایع غذایی کشور، انجمن های صنفی صنایع غذایی و تولید کننده مواد غذایی، مجمع عالی واردات (وارد کنندگان مواد غذایی)، اتحادیه مرکزی نظارت و هماهنگی تولید کنندگان مواد غذایی (کشاورزان و دامپروران)، اتحادیه شرکت های حمل و نقل مواد غذایی، اتاق های بازرگانی و وزارت صنعت معدن و تجارت (تنظیم بازار کالاهای اساسی نظارت عالی بر توزیع و مجامع صنفی اعم از تولید و توزیع و شرکت های پخش و فروشگاههای پخش و فروشگاه های بزرگ و زنجیره ای)		
شبکه های آموزش، تحقیقات، مشاوره و حمایت طلب		
وزارت علوم تحقیقات و فناوری، مرکز آمار ایران، سازمان نظام مهندسی کشاورزی، مؤسسه مطالعات و پژوهش های بازرگانی و پژوهشکده غلات و نان، سازمان نظام دامپزشکی، سازمان نظام پزشکی، انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور، دانشکده های تغذیه و صنایع غذایی، مراکز تحقیقاتی مرتبط، مرکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام، مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی، مؤسسه پژوهش های برنامه ریزی و اقتصاد کشاورزی و تحقیقات روستایی، انجمن های علمی مرتبط با غذا، تغذیه و صنایع غذایی، شرکت های دانش بنیان، نمایندگی دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت در مدیترانه شرقی، یونیسف، دفتر نمایندگی FAO و WFP در ایران		
مصرف کنندگان		
سازمان حمایت مصرف کنندگان و تولید کنندگان، شوراهای اسلامی شهر و روستا، سازمان های مردم نهاد (سمن) به ویژه انجمن حمایت از حقوق مصرف کننده		

۳) مروری بر وضعیت تحقیقات تغذیه در کشور

نتیجه مباحثات کارگروه های شش گانه سمینار کشوری «برنامه ریزی و ساماندهی پژوهش های علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران» در فرهنگستان علوم پزشکی که با شرکت معاونت های تحقیقات و فناوری، 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 فناوری کشور، دانشگاه های علوم پزشکی کشور، انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، انجمن تغذیه ایران، دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی - 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 دوران ریز و متابولیسم - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۱ تشکیل شد بر موارد زیر تأکید دارد:

۱. ظرفیت سازی مدیریتی و ساختاری

۲. حرکت از علوم تغذیه (nutrition science) به سمت علوم و سیاست های تغذیه (nutrition science and policy). انجام پژوهش های جامعه نگر، تحلیلی، سیاست نگر و بین رشته ای، تعدیل دید بالینی در پژوهش ها

۳. سیاستگذاری و برنامه ریزی شواهد محور و مبتنی بر مدارک

۴. نهادینه کردن تغذیه در ساختار و سیاست های کشور از طریق دو سطح:

* ملی، مرکز تحقیقات سیاست های غذایی / تغذیه ای در نهاد ریاست جمهوری، ساختاری برای تحلیل مشکل، تحلیل سیاست و تدوین سیاست (با حمایت مالی، سیاسی و اجرایی کافی)

* بهداشت عمومی، تأمین سلامت تغذیه ای جامعه

متن سند «برنامه ریزی و ساماندهی پژوهش های علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران» نیز به شرح زیر تدوین شده است:

۱. تدوین سیاست پژوهش کشور، تعیین جایگاه دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی به عنوان بازوی پژوهشی سیاست گذاری، برنامه ریزی بخش خصوصی و صنعت، برقراری تعادل بین «آزادی و خلاقیت آکادمیک» و «علم در خدمت مردم» و برنامه ریزی برای اجرای طرح های پژوهشی دراز مدت، توجه خاص به اثربخشی در جهت حل مشکلات غذا و تغذیه کشور در کنار توجه به بالا بردن توان علمی کشور از طریق چاپ مقالات در مجلات معتبر داخلی و بین المللی

۲. ایجاد یک مرکز مطالعات سیاست های غذا و تغذیه در سطح ملی برای سیاست گذاری و برنامه ریزی غذا و تغذیه

۳. تشکیل شبکه کشوری تحقیقات غذا و تغذیه مرکب از محققین دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی، بخش سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ذینفعان بخش های دولتی و خصوصی

اقدامات ضروری برای عملیاتی کردن پیشنهادات:

۱. نهادینه کردن ارتباط بین دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی با شبکه کشوری تحقیقات غذا و تغذیه و مرکز ملی مطالعات سیاست های تغذیه

۲. 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)

۳. بازنگری نظام انگیزشی محققان و سیاستگذاران کشور در جهت تقویت تعامل هم اندیشی برای سیاستگذاری مبتنی بر شواهد

۴. سیاستگذاری برای اولویت دادن به مطالعات بنیادی، اپیدمیولوژیک، بالینی و مداخله ای با رویکرد تمامیت گرا

۵. 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، سیاست گذاری غذا و تغذیه، کارشناسی ارشد تغذیه جامعه در حال تصویب در وزارت بهداشت می باشند.

۶. هدفمند کردن اعتبارات پژوهشی و تسهیل ساز و کارهای 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 ۱۳۹۱ 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 نا امنی 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 عبارت است 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 کای 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:

۱. تأمین غذایی کافی (Food Availability)

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

۲. توان اقتصادی برای تأمین غذا یا در دسترس بودن غذا (Food Accessibility)

- * 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 با سواد به کل جمعیت ۶ سال و بالاتر)
- * هزینه های 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 آموزان به معلم

* ضریب محرومیت استان (شاخص ترکیبی ارائه شده توسط کمیته امداد)

۳. تأمین سلامت یا بهره مندی بدن از غذاهای خورده شده (Food Utilization)

* دسترسی به آب آشامیدنی خانوارهای روستایی

* متوسط هزینه های بهداشتی یک خانوار

* امید به زندگی در بدو تولد

* میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال ر ۱۰۰۰ تولد زنده

* درصد دانش آموزان با BMI ۵٪ و کمتر

* درصد نوزادان با وزن زیر ۲۵۰۰ گرم در هنگام تولد در مرحله ی اول پس از بررسی متون، با بررسی تجربه ی سایر کشورها در ایجاد سامانه و مدل های مختلف پایش امنیت غذا و تغذیه، مدل مفهومی پایش امنیت غذا و تغذیه و زیر ساخت های آن تعیین گردید. در مرحله ی بعد فلوچارت سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه، تعریف شد و بر اساس آن کلیه اطلاعات مرتبط با امنیت غذا و تغذیه از آخرین اطلاعات مرکز آمار ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور و سایر سازمان های ذیربط دریافت گردید. پس از بررسی داده ها طی جلسات کمیته راهبردی با استفاده از نظرات کارشناسان و مدیران موسسه پژوهش های برنامه ریزی و اقتصاد کشاورزان وزارت جهاد کشاورزی، پژوهشکده پدافند غیر عامل جهاد کشاورزی، دفتر یارانه در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر بحران و مناطق محروم کمیته امداد امام خمینی (ره) و انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور به روزترین داده ها انتخاب شدند.

برای بررسی و تعیین الگوهای استانی در زیرساخت های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، جمعیتی، بهداشتی و تغذیه ای مرتبط با امنیت غذایی از مدل آنالیز تحلیل عاملی استفاده شد. پس از انجام تحلیل عاملی بر روی زیر ساخت های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و تغذیه ای مرتبط با امنیت غذایی، چهار الگوی تقسیم بندی برای امتیازدهی به استان ها تعیین گردید. در این تجزیه تحلیل ها از ۱۱۹ متغیر در حیطه های مختلف مربوط به زیرساخت های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و تغذیه ای مربوط به امنیت غذایی استفاده شده است که از آن میان تنها ۵۵ متغیر در الگوها دارای همبستگی تشخیص داده شده اند. این متغیرها عبارتند از: تولید گوشت، شیر، مرغ و تخم مرغ (هزار تن)، تراکم نسبی جمعیت، نرخ مشارکت اقتصادی استان، نسبت اراضی کشور به مساحت استان، منابع آب های زیر زمینی، نرخ باسوادی نقاط شهری و روستایی، میزان باروری کلی، رشد جمعیت، بعد خانوار، میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده، امید به زندگی زنان و مردان، ابتلا به بیماری، درصد تغذیه کودکان با شیر مادر تا یک سالگی، میانگین نمایه توده بدنی، درصد افراد با حداقل ۱۰ دقیقه ورزش در روز، مصرف دخانیات، درصد حاملگی ناخواسته، درصد دانش آموزان با BMI ۵٪ و کمتر، درصد دانش آموزان با BMI ۹۵٪ و بیشتر، شیوع کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ سال، میانگین مصرف نان و غلات، سبزی ها، میوه ها، گوشت ها، شیر و لبنیات، چربی و روغن ها و قند و شکر، درصد افراد با دریافت انرژی / پروتئین / کلسیم / ویتامین B1 /

B3 / B2 / 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 دانش آموزان ۸ تا ۱۰ سال، میانگین ارتفاع بارش، متوسط هزینه های بهداشتی یک خانوار شهری، هزینه های خوراکی و دخانی سالانه یک خانوار، نسبت به دانش آموز به معلم، تعداد تخت موسسات 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 هزینه ها در طبقه متوسط شهری/ روستایی و نسبت جمعیت شهری به روستایی. امتیاز هر استان در هر یک از الگوها محاسبه شد و در مرحله ی بعد میانگین هر استان به دست آمد. پس از درصد بندی امتیازها، استان ها در شش گروه بسیار امن غذایی، امن غذایی، نسبتاً امن غذایی، نسبتاً ناامن غذایی، ناامن غذایی و بسیار ناامن غذایی توزیع شدند.

وضعیت امنیت غذایی	توزیع امتیاز استانها (سدک)	استانها
بسیار امن غذایی	کمتر از سدک ۱۶/۷	قم، اصفهان، سیستان، تهران، یزد
امن غذایی	سدک ۱۶/۷ تا ۳۳/۳	آذربایجان شرقی، قزوین، مازندران
نسبتاً امن غذایی	سدک ۳۳/۳ تا ۵۰/۰	زنجان، آذربایجان غربی، خراسان رضوی، خراسان شمالی، مرکزی، همدان، گلستان، آیلان
نسبتاً ناامن غذایی	سدک ۵۰/۰ تا ۶۶/۶	اردبیل، چهارمحال و بختیاری، فارس، کرمانشاه، کردستان، لرستان، قراقرم جنوبی
ناامن غذایی	سدک ۶۶/۶ تا ۸۳/۳	خوزستان، کرمان، ایلام، بوشهر
بسیار ناامن غذایی	سدک ۸۳/۳ و بیشتر	هرمزگان، کهگیلویه و بویراحمد، سیستان و بلوچستان

۱) جمع امتیاز الگوها از ۰ تا ۱۰۰
۲) جمع امتیاز الگوها از ۰ تا ۴
۳) جمع امتیاز الگوها از ۰ تا ۱۰
۴) جمع امتیاز الگوها از ۰ تا ۱۰

نتیجه به شرح جدول بالا می باشد.

علاوه بر روش آنالیز تحلیل عاملی (که روشی متداول برای طبقه بندی استان ها از نظر امنیت غذایی است) از روش دیگری به نام روش نمایه توسعه انسانی (Human Development Index) نیز برای طبقه بندی استان ها استفاده شد. در مقایسه دو روش همخوانی بسیار بالای نتایج ($r=0/8$) به دست آمد. با استفاده از روش های آماری، مدل نهایی برای استخراج نمایه های امنیت غذایی با استفاده از رتبه بندی استان ها روی ۲۳ متغیر به دست آمد که در سه حیطه ی تأمین غذا، توان اقتصادی و تأمین سلامت یا بهره مندی از غذای خورده شده محاسبه شد.

در مرحله ی بعد نتایج مربوط به بررسی هزینه های خوراک نسبت به کل هزینه های خانوار ارائه شده است. یافته های این پژوهش نشان م دهد که سهم مخارج خوراک نسبت به کل هزینه ها در همه ی طبقات شهری و روستایی کاهش یافته ایت که به معنای بهبود روند امنیت غذایی (نسبت به سال ۷۹) می باشد. گرچه هنوز در اکثر مناطق روستایی کشور بیش از ۳۰٪ هزینه های خانوار به غذا اختصاص داده شده است.

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

مطالعه ی بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد خانوارهای شهری و روستایی و کارکنان بهداشتی رده های مختلف در خصوص تغذیه (NUTRIKAP) که توسط دفتر بهبود تغذیه 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 استان های کشور؛ و کارکنان سطوح مختلف بهداشتی- درمانی در خصوص تغذیه در سطح دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۰ و به منظور طراحی و اجرای مداخلات مؤثر جهت ارتقاء سلامت تغذیه ای خانوارها انجام شد. واحد آماری در سطح خانوارها شامل خانوارهای عادی ساکن در مناطق شهری و روستای استان های سراسر کشور (مادر خانوار یا هر فرد بالای ۱۵ سال که وظیفه ی طبخ غذا را بر عهده 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 امور 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 نمایانگر استانی انجام گرفت. نمونه گیری از نوع خوشه ای یک مرحله ای ۱ با اندازه خوشه های برابر بود. حجم نمونه در سطح خانوارها در هر استان برابر با ۴۵۶ نفر یعنی ۵۷ خوشه ۸ نفری در هر یک 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 هر استان بود. در مجموع تعداد ۴۷۳ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. داده های مورد نیاز در سطح خانوارها از طریق پرسشنامه ای ساختار یافته (structured questionnaire) و با انجام مصاحبه پرسشگران طرح، و در سطح کارکنان بهداشتی رده های پزشک و کارشناس، بر اساس پرسشنامه ای خودایفا، صورت پذیرفت. خلاصه ی یافته ها در دو سطح خانوار و کارکنان بهداشتی به شرح زیر است:

در سطح خانوارها

تنها ۴۲٪ از افراد، میوه ها را به عنوان گروه های اصلی غذایی می شناسند.

تنها ۱۰٪ و ۱۹٪ افراد از نقش میوه ها و سبزی ها در دریافت فیبر غذایی، آگاهی دارند.

فقط ۱۶٪ افراد نقش میوه ها و ۲۲٪ آن ها از نقش سبزی ها در دریافت املاح آگاهی دارند.

فقط ۲۰٪ افراد از نقش «شیر و لبنیات» و ۳۰٪ آن ها از نقش «تخم مرغ» به عنوان منبع پروتئین آگاهی دارند.

تنها ۴۰٪ از افراد سویا را به عنوان منبع تأمین پروتئین می شناسند.

تنها ۳۴٪ از افراد «روغن حیوانی» را به عنوان مضرترین روغن خوراکی برای سلامتی می دانند.

آگاهی خانوارها در مورد منابع تأمین «روی» بسیار اندک می باشد (کمتر از ۲۰٪)

تنها ۴۲٪ از خانوارها «استفاده از نمک ید دار» را به عنوان بهترین راه پیشگیری از گواتر می دانند.

تنها ۱۲٪ از خانوارها، به «مفهوم فیبر غذایی» آگاهی دارند و کمتر از ۲۵٪ از نقش آن در «پیشگیری از بیماری های غیرواگیر مثل سرطان، چاقی و اضافه وزن» اطلاع دارند.

به ترتیب ۱۸٪ و ۱۱٪ از خانوارها از تأثیر «نوشابه های گازدار» بر «بی اشتها و سوء تغذیه» و «از بین رفتن مینای دندان» آگاه هستند.

آگاهی خانوارها از تأثیرات «مصرف بیش از حد غذاهای آماده و سریع (فست فود)» در ابتلا به بیماری غیرواگیر مثل بیماری قلبی- عروقی، سرطان و بیماری های کبدی کمتر از ۲۰٪ و در مورد چاقی و اضافه وزن ۳۲٪ می باشد.

تنها ۶۸٪ از خانوارها از مفید بودن نور مستقیم آفتاب برای کودکان اطلاع دارند.

۶۴٪ از خانوارها از تفاوت ارزش تغذیه ای نان سیوس 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 نوشابه های گازدار آگاهی دارند.

۴۱٪ از خانوارها «حذف به وعده غذایی» را برای کاهش وزن مفید می دانند.

تنها ۲۶٪ از خانوارها از متفاوت بودن ارزش غذایی گوشت و قارچ آگاهی داشتند.

۳۸٪ از خانوارها از لبنیات محلی تغذیه می کنند.

تنها ۲۶٪ از خانوارها به صورت روزانه میوه و سبزی تازه و ۲۶٪ از آن ها به صورت روزانه از شیر، ماست یا پنیر استفاده میکنند

۳۱٪ از خانوارها برای پخت و پز از روغن نباتی جامد استفاده می کنند

تنها ۵۵٪ از خانوارها برای سرخ کردن از روغن مخصوص سرخ کردن استفاده می کنند

۴۰٪ از خانوارها از «سس مایونز یا سس های آماده» به عنوان طعم دهنده برای سالاد استفاده می کنند

تنها ۵٪ از خانوارها برای شستشوی سبزی خوردن تمام مراحل ۴ گانه (شستشو با آب، انگل زدایی با مایع ظرفشویی، ضدعفونی با پرکلرین، شستشو مجدد با آب) را انجام می دهند

بیش از ۵۰٪ خانوارها برای استفاده از کدو و بادمجان، سیب زمینی، پیاز و حتی سبزی آن را سرخ می کنند

۷۹٪ از خانم های بالای ۵۰ سال از قرص کلسیم-د به طور نامرتب و گاهگاه استفاده می کنند و یا اصلا استفاده نمی کنند.

۴۵٪ خانم های باردار از قرص های آهن هیچگاه و یا به طور نامرتب و گاهگاه استفاده می کنند.

۳٪ کودکان ۶ ماهه تا دو ساله از مکمل آهن هیچگاه و یا به طور نامرتب و گاهگاه استفاده می کنند.

تنها ۳۵٪ از خانوارها از نحوه ی نگهداری صحیح نمک یددار آگاهی دارند

۷۷٪ از خانوارها همیشه و یا گهگاهی بر سر سفره نمکدان دارند (مصرف نمکدان سر سفره)

۶۲٪ از خانوارها نحوه ی دریافت آموزش تغذیه صحیح را از صدا و سیما و جراید و مطبوعات اعلام کرده اند

۵۶٪ از خانوارها موضوع ارجح جهت دریافت آموزش هایتغذیه را «روش صحیح پخت و نگهداری غذاها» و «اصول و روش های صحیح تغذیه» عنوان کرده اند

در سطح کارکنان بهداشتی- درمانی

تنها ۴۴٪ کارکنان در مورد از نیاز به مصرف پنج گروه اصلی غذایی در رژیم غذایی روزانه آگاهی دارند

تنها ۳۸٪ کارکنان از منابع پروتئین گیاهی آگاهی دارند

۴۱٪ کارکنان به دریافت ۲-۴ واحد دریافت روزانه میوه آگاهی دارند ۴۴٪ کارکنان به دریافت ۳-۵ واحد دریافت سبزی آگاهی دارند.

تنها ۱۰٪ کارکنان استاندارد مطلوب اسیدهی چرب ترانس و اشباع در روغن های خوراکی را می دانند

۴۵٪ کارکنان از نقش آنتی اکسیدانی ویتامین های A و E و نیز سلنیوم آگاهی دارند

۴۷٪ کارکنان از نقش گوشت مرغ بهعنوان منبع خوب آهن هم درمقایسه با منابع گیاهی آگاهی دارند

تنها ۳۵٪ کارکنان به کودک ۱۸ ماهه ای که توانایی تحمل قطره آهن را ندارد، توصیه های مناسب میکنند

۴۰٪ کارکنان به مشکل زا نبودن مصرف به ندرت فست فودها اشاره می کنند

۶) مروری بر مطالعه تعیین سبد غذایی مطلوب

بحث درمورد سبد مطلوب غذایی و تدوین آن در کشور در طرح مابا مطرح شد. سبد غذایی مطلوبی که در طرح «مابا» تدوین شد با در نظر گرفتن الگوی مصرف جاری، نیازهای تغذیه ای سلولی (نیاز به مواد مغذی)، و الگوی مصرف مدیترانه ای تدوین شد. الگوی مصرف جاری بر پایه ی اطلاعات به دست آمده از بررسی الگوی مصرف غذا در کشور توسط انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، سبد غذایی خانوار بر اساس هزینه ی خانوار توسط مرکز آمار ایران و طرح امنیت غذایی خانوار در استان تهران توسط انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی خانوار تعیین شد. به علاوه، توصیه های سازمان بهداشت جهانی در زمینه ی 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 بر اساس الگوی مصرف واقعی خانوارهای کشور به گونه ای تدوین شد که به تفکیک شهر و روستا در سطوح ملی و منطقه ای - دو هدف کلی را برآورد:

الف) تأمین انرژی و مواد مغذی کلیدی (پروتئین، کلسیم، ویتامین A و ویتامین B2) و پیشگیری از کمبودهای تغذیه ای

ب) پیشگیری از بیش خواری و کاهش احتمال بیماری های مرتبط با رژیم غذایی

به طور خلاصه روش طراحی سبد غذایی مطلوب شامل شناخت الگوی مصرف غذا و مشکلات و کمبودهای تغذیه ای، شناخت سبدهای غذای مطلوب موجود و طراحی و ارزشیابی سبدهای مطلوب کف و سقف، بر اساس الگوهای مطلوب موجود و توصیه ها و استانداردهای بین المللی و الگوهای مطلوب (به ویژه رژیم غذایی مدیترانه ای ...) 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 ی کمی) و هدف از سبد سقف تأمین سیری سلولی (هم جنبه کمی و هم جنبه کیفی) بود. سبد غذایی کف و سقف، به ترتیب، ۲۳۰۰-۲۲۴۰ و ۲۵۰-۲۴۰۰ کیلوکالری را تأمین می کردند.

دسترسی سرانه انرژی روزانه از ۲۰۰۰ کیلوکالری برای هر فرد (۱۹۷۰) به ۳۰۰۰ کیلوکالری برای هر فرد رسیده است. با این وجود ۲۰ درصد خانوارها در ناامنی غذایی هستند (دسترسی به کمتر از ۹۰ درصد نیاز روزانه) و ۱۱ درصد ناامنی شدید غذایی دارند (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 می کنند، این میزان برای ویتامین آ و ریوفلاوین به ترتیب ۴۶ درصد و ۷۰ درصد بود.

سبد مطلوب دوم به سفارش انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور تدوین شد. این سبد توسط اقتصاد دانان 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، میوه ها، سبزی ها، گوشت قرمز، گوشت سفید، تخم مرغ، لبنیات، روغن های مایع، روغن های جامد و قند و شکر. در این مطالعه تأثیر تغییرات قیمت های مواد غذایی و درآمد مصرف کننده 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 توصیه های بین المللی برای کل جمعیت ایران و به تفکیک گروه های سنی- جنسی مختلف تدوین شد. در تدوین این سند از اطلاعات مربوط به تولید و عرضه غذا از ترازنامه های 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 بررسی می کند. تدوین کنندگان این سبد توصیه می کنند کبود این دو ماده مغذی از راه غنی سازی مواد خوراکی و مکمل یاری فراهم گردد.

۷) در حال حاضر چه مداخلاتی برای ارتقای تغذیه و امنیت غذایی در حال اجرا است؟

الف) برنامه های جاری و توسعه ای دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ردیف	نام برنامه	زمان شروع	وضعیت کنونی برنامه		
			پایلوت	ارزشیابی	کشوری
۱	برنامه بهبود وضع تغذیه کودکان زیر شش سال: برنامه های ادغام یافته کودک سالم و مانا	۱۳۷۹			
	پروژه مداخلات همه جانبه بهبود تغذیه و رشد کودکان در استان های محروم	۱۳۹۱			
	ادغام مراقبت تغذیه ای کودکان سالم و مبتلا به سوء تغذیه	۱۳۹۱			
۲	برنامه پیشگیری و کنترل کمبود ریزمغذی ها:	۱۳۷۰			نتایج بررسی تن سنجی کودکان ۱۷۷ (ANIS) گزارش پایلوت طرح مشارکتی کاهش سوء تغذیه در ۳ استان گزارش عملکرد سالیانه پروپوزال اجرای طرح راهنمای مراقبت تغذیه ای کودک مبتلا به یوه تغذیه شدید، پروپوزال اجرایی گزارش شیوع گواتر ۱۳۶۸ و گزارشات شیوع گواتر و وضعیت نمک های یددار هز ۵ سال (۱۳۷۳، ۱۳۸۰،

					■ برنامه کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید
				گزارش وضعیت سالیانه ید ادرار دانش آموزان دستورالعمل اجرایی پایش برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید	
			۱۳۹	پروپوزال طرح، پرسشنامه ها، گزارش پیشرفت طرح	■ پیمایش ملی تعیین وضعیت ریزمغذی ها در مصرف کنندگان گروه های سنی مختلف
			۱۳۹۰	پروپوزال اجرای طرح اثربخشی غنی سازی شیر مدرسه با ویتامین "د" گزارش اولیه طرح	■ برنامه های مکمل باری (روی و ویتامین د) در گروه های هدف
			۱۳۹۱	پیش نویس پروپوزال اجرای طرح	■ پایلوت غنی سازی آرد با روی 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 ریز مغذی ها روی در سال ۱۳۸۸، پایلوت غنی سازی شیر مدرسه با ویتامین د در سال ۱۳۹۰، و برنامه غنی سازی آرد با آهن واسید فولیک، پایلوت در سال ۱۳۸۰ و در حال حاضر کشوری.
			۱۳۸۰	گزارش بررسی وضعیت ریزمغذی ها ۱۳۸۰ گزارش پایلوت برنامه آهن یاری در ساو جیلاغ ۱۳۷۹ گزارش پوشش برنامه در استان های کشور	برنامه ارتقاء سطح سلامت دانش آموزان: مکمل یاری هفتگی آهن
			۱۳۹۱	پیش نویس پروپوزال اجرای طرح	بررسی اثربخشی برنامه مکمل یاری آهن در دانش آموزان
			۱۳۸۲	پروتکل استاندارد مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در بیماری های شایع	برنامه تغذیه بالینی
			۱۳۸۹	راهنمای راه اندازی سیستم سورویلانس غذا و تغذیه	برنامه سورویلانس غذا و تغذیه
			۱۳۹۰	راهنمای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی پیش پروپوزال اجرایی برنامه در استان های پایلوت	ادغام برنامه کنترل و پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در گروه های سنی مختلف در نظام شبکه
			۱۳۹۰	پیش نویس برنامه پنج ساله اصلاح الگوی مصرف شیر و فرآورده های آن گزارش اولین جشنواره ملی شیر و سلامت ■ قطعنامه اولین جشنواره ملی شیر و سلامت	استقرار برنامه جامع اصلاح الگوی مصرف: اصلاح الگوی مصرف شیر و فرآورده های آن، میوه و سبزی
			۱۳۹۱		تدوین و توسعه برنامه جامع تولید و ترویج محصولات غذایی حامی سلامت
			۱۳۹۰	راهنمای حمایت خواهی کاهش مصرف نمک گزارشات بازنگری استاندارد نمک در محصولات غذایی	پروژه آزمایشی کاهش مصرف نمک
			۱۳۸۷	دستور عمل تغذیه در مراکز جمعی	برنامه بهبود تغذیه در مراکز جمعی
			۱۳۷۹	گزارش ۲ بسیج آموزشی یک هفته ای تغذیه بسته های آموزشی تهیه شده کارگاه های آموزشی کارکنان	برنامه ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه: ■ اجرای طرح های آموزشی ارتقاء سطح فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه و کارکنان از طرق مختلف
			۱۳۸۰	تیزرهای آموزشی و مطالب آموزشی درج شده در جراید	تقویت و توسعه برنامه های هدفمند آموزش تغذیه در رسانه های عمومی به ویژه صدا و سیما
			۱۳۹۰	نرم افزارهای تغذیه ای ■ بازی های رایانه ای	■ استقرار سامانه های دیجیتالی آموزش تغذیه
			۱۳۸۶	گزارش اولین نقشه آسیب پذیری تغذیه ای و سامانه نا امنی غذا	برنامه امنیت غذایی - نقشه آسیب و ناامنی غذایی کشور
				دستور عمل اجرایی جزوه آموزشی	- مدیریت تغذیه در بحران
			۱۳۸۸	راهنمای آموزشی تغذیه میانسالان فرم ارزیابی وضعیت تغذیه میانسالان کتاب تغذیه سالمندان	برنامه بهبود تغذیه میانسالان سالمندان
			۱۳۸۳	راهنمای وزن گیری مادران باردار راهنمای نیازهای تغذیه دوران بارداری و شیردهی گزارش عملکرد توزیع سبد غذایی تفاهم نامه مشترک با بنیاد علوی	برنامه بهبود تغذیه مادران باردار و شیرده

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

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

(ج) مداخلات ایمنی غذایی (سازمان غذا و دارو)

(الف) برنامه های توسعه ای سازمان غذا و دارو در حیطه نظارت بر مواد خوراکی و آشامیدنی

۱. راه اندازی سامانه شبکه ملی پایش غذا

۲. درجه بندی کارخانجات تولید کننده مواد خوراکی آشامیدنی بر اساس وضعیت فنی، بهداشتی، تولید و ویژگی های 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 خطرزا شاخص (آفلاتوکسین سموم آفات نباتی، آلاینده های فلزی، هورمون ها و آنتی بیوتیک ها) در محصولات غذایی و محصولات کشاورزی (گندم، برنج و پسته، محصولات گلخانه ای، محصولات لبنی)؛ هدف گذاری 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 (Post Marketing Survey (PMS))

ع انجام طرح های غنی سازی اجباری و اختیاری مواد غذایی و آشامیدنی

توضیح: هدف گذاری در این حیطه با همکاری سایر بخش ها 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. ارتقاء سطح ایمنی ۵ 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

(ب) 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 اعطاء 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 دستور کار شورای عالی سلامت

۹. ارتقاء 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 ناسالم (Rapid Alert for Food)

۱۲. پایش برنامه برجسب گذاری مواد غذایی بر اساس ضابطه موجود

(د) مداخلات بخش کشاورزی، صنعت و بازرگانی

۸) اسناد بالادستی چگونه از ازتقای تغذیه و امنیت غذایی حمایت می کند؟

ردیف	عنوان سند	عبارات
۱	مقام معظم رهبری	نهضت احیاء و گسترش فرهنگی بهداشت پیشگیری را با به کار گیری و بسیج کلی امکانات موجود آغاز نمایند.

	مسئله ی سلامت، هم در برنامه ی پنجم باید مورد توجه ویژه قرار بگیرد، هم در برنامه ریزی های گوناگون اجرائی در دستگاه های مختلف	
۲	قانون اساسی اصل ۳ بند ۱۲) پی ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه. اصل ۴۳ بند ۱ تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان و آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه.	
۳	برخوردری از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت های برابر، توزیع متناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره مند از محیط زیست مطلوب	چشم انداز ۱۴۰۴
۴	قسمت ب امور اجتماعی، سیاسی، دفاعی بند ۱۲- بهبود کیفیت زندگی، سلامت، امنیت غذایی، ترتیب بدنی، رفع فقر و حمایت از گروه های آسیب پذیر و تحقق عدالت اجتماعی قسمت ج امور اقتصادی ۳۲- تأمین امنیت غذایی کشور با تأکید بر خودکفایی نسبی در تولید محصولات کشاورزی	سیاست های کلی نظام در چشم انداز
۵	ماده ۲- تأمین امنیت غذایی با تکیه بر تولید از منابع داخلی و نیل به خودکفایی در محصولات اساسی، ارتقاء سطح سلامت مواد غذایی، اصلاح و بهینه نمودن الگوی مصرف و حمایت مؤثر از تولید و صادرات با توجه به مزیت های نسبی و خلق مزیت های جدید (از جمله هدفمند نمودن یارانه ها در جهت تولید و صادرات) ماده ۷- حمایت مؤثر از ساماندهی فرآیند و اصلاح نظام بازار محصولات کشاورزی با هدف بهبود رابطه مبادله بخش با سایر بخش ها، افزایش بهره وری، کاهش هزینه های تولید، رعایت قیمت تمام شده محصولات اساسی، تأمین: درآمد تولید کنندگان، منافع مصرف کنندگان و بهبود کیفیت مواد و فرآورده های غذایی	سیاست های کلی نظام در بخش کشاورزی (مصوبه یازده تیر ۸۴ مجمع)
۶	بند ۱۴) کل نگر، همسوسازی، هماهنگی و تعادل اثربخش دستگاه های اداری به منظور تحقق اهداف فرابخشی و چشم انداز، سیاست های کلی نظام اداری، ابلاغی ۱۳۸۹/۲/۱	شورای عالی اداری
۷	سیاست های کلی اصلاح الگوی مصرف ابلاغی ۱۳۸۹/۴/۱۵ وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱) اصلاح فرهنگ مصرف فردی، اجتماعی و سازمانی، ترویج فرهنگ صرفه جویی و قناعت و مقابله با اسراف، تبذیر ۹) اصلاح الگوی مصرف نان کشور از طریق ارتقاء و بهبود شرایط و کیفیت فرایندهای «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 منشور تأمین بهداشت دام کشور و فرآورده های مربوط به آن و پیشگیری و مبارزه با بیماری های دامی به موجب این قانون سازمان دامپزشکی کشور وابسته به وزارت کشاورزی تأسیس و جایگزین اداره کل دامپزشکی می گردد.	
۱۰	قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی ۱۲. ۲۷. ۱۳۷۴	
۱۱	اساس نامه انستیتو تحقیقات تغذیه ای 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 می شود در برگه های 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	
۱۵	۱- به تولید کنندگان برتر محصولات غذایی و بهداشتی کشور که در محصولات خود به مفاهیم سلامت و کیفیت فرآورده بیشترین توجه را داشته باشند. بر اساس دستورالعملی که با مشارکت مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران، سازمان حمایت مصرف کنندگان و تولیدکنندگان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می گردد، نشان ایمنی و سلامت اعطا می گردد. ۲- کلیه دستگاه های 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 روغن های دارای نشان استاندارد یا روغن های با اسید چرب ترانس پایین تر از ده درصد (۱۰٪) و همچنین از نمک های یددار تصفیه شده استفاده نمایند و تهیه غذا با ویژگی هایی غیر از این ممنوع می باشد. به منظور اطمینان از سلامت سایر مواد غذای عرضه شده در دستگاه های 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.	
۱۶	مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی از سال ۱۳۸۴- ۱۳۹۰	
۱۷	۱۱- تعیین و اعلام استانداردهای مربوط به : الف- خدمات بهداشتی، درمانی، بهزیستی و دارویی ب- موارد 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. ۱۲- صدور، تمدید و لغو موقت یادنامه پروانه های : الف- مؤسسات پزشکی، دارویی، بهزیستی و کارگاه ها و موسسات تولید مواد خوراکی و آشامیدنی و بهداشتی و آرایشی. ۱۷- تعیین ضوابط مربوط به ورود، ساخت، نگهداری، صدور، مصرف و انهدام مواد اولیه بیولوژیک مخدر، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی،	قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۶۷/۳/۳

	ارایشی، آزمایشگاهی و فرآورده های دارویی و تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توانبخشی و نیز ارزشیابی، نظارت و کنترل ضوابط مذکور.
۱۸	<p>قانون هدفمند کردن یارانه ها ۱۳۸۷/۱۰/۹ و آئین نامه های اجرایی آن</p> <p>■ ماده ۴- ... هدفمند کردن یارانه گندم، برنج، روغن، شیر، شکر، ...</p> <p>■ ماده ۵- پرداخت یارانه آرد و نان را به میزانی که در لایحه بودجه سالیانه مشخص می شود...</p> <p>■ ماده ۶- ... سیاست های تشویقی و حمایتی لازم برای ایجاد و گسترش واحدهای تولید صنعتی...</p>
۱۹	<p>سند نقشه جامع علمی کشور اسفند ماه ۱۳۸۹</p> <p>■ اولویت های علم و فناوری کشور: (الف) استفاده از الگوهای تغذیه بومی / (ب) فناوری تغذیه / (ج) ایمنی غذایی و امنیت غذایی</p> <p>■ اقدام ملی ۸ در راهبرد کلان (۷) حمایت از حوزه های علم و فناوری که برای استقلال کشور و رفع نیازهای اولیه جامعه شامل فرهنگ، سلامت، غذا، مسکن، اشتغال و ازدواج ضروری اند.</p> <p>■ اقدام ملی ۱ در راهبرد (۱۱) توسعه آموزش ها و پژوهش های حوزه تغذیه و پیشگیری، به منظور بهره مندی از مواد غذایی سالم و حفظ سلامت جامعه</p>
۲۰	<p>سند نقشه علمی سلامت اردیبهشت ۱۳۹۰</p> <p>■ 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 می بایست توسط دولت و سایر سازمان ها و نهادهای خارج از نظام سلامت انجام پذیرد شناخته شده است.</p>
۲۱	<p>نقشه تحول نظام سلامت تصویب نامه شماره ۱۰۳۶۲/ت/۴۷۹۷۱ مورخ ۱۳۹۱/۱/۲۶</p> <p>هدف کلان (۱۲) کاهش ناامنی غذایی خانوار</p> <p>سیاست (۹) تأمین حق مردم در بهره مندی عادلانه از سبد غذایی و آشامیدنی مطلوب و مکفی</p> <p>برنامه های ملی:</p> <p>■ استقرار شبکه ملی آزمایشگاه های کشور: هم افزایی تجهیزات و ظرفیت های شبکه های آزمایشگاه های تحقیقاتی، کنترل دارو و غذا، ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و سازمان انتقال خون</p> <p>■ یکپارچگی سیاستگذاری، تولید و برنامه ریزی برای امنیت غذا و تغذیه و تأمین ایمنی غذا و تعیین استانداردهای مربوطه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:</p> <p>اجرای برنامه ملی ایمنی غذا از مزرعه تا سفره، فراهمی امکان توزیع عادلانه سبد غذایی مطلوب و مواد غذایی سالم بای 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 برچسب گذاری مواد غذایی و آشامیدنی با تأکید بر میزان قند، نمک و چربی فرآورده ها (بر اساس استاندارد اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>■ طرح جامع ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای: ارتقای سطح فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه و کارکنان از طرق مختلف، تقویت و توسعه برنامه های هدفمند آموزش تغذیه در رسانه های 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</p> <p>طراحی و پیاده سازی طرح جامع بهینه سازی و ارتقای استانداردهای فرآورده ها و محصولات غذایی و آشامیدنی: بازسازی یا جایگزینی تجهیزات فرسوده و استفاده از فناوری های نوین، ارتقای کیفیت استانداردهای بومی مواد خوراکی و آشامیدنی بر مبنای استانداردهای بین المللی، توسعه روش های زیست فناوری در تولید مواد غذایی، غنی سازی فرآورده ها و اجزای زنجیره تولید غذا مانند خاک کشاورزی با ریزمغذی ها، غنی سازی مواد غذایی با ریزمغذی ها، طرح تولید غذاهای فراسودمند و حمایت از تولید مواد غذایی ارگانیک</p> <p>بومی سازی سبد غذایی مطلوب: مطالعه و شناسایی غذاهای سنتی و تعیین ارزش تغذیه ای آن ها به منظور ترویج غذاهای سنتی سالم در منطقه و ترویج استفاده از مواد غذایی و آشامیدنی با منشأ طبیعی</p> <p>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</p> <p>■ کنترل و پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در گروه های مختلف، گسترش مصرف انواع محصولات غذایی کم چرب و کم کالری، توسعه و حمایت از تولید کنندگان و عرضه کنندگان مواد غذایی و آشامیدنی که حامی سلامت هستند، جلب مشارکت نهادهای مؤثر در استقرار نظام مراقبت بخشی و بین بخشی و ترسیم نقشه آسیب پذیری و ناامنی غذایی کشور و استقرار نظام پایش ناامنی غذایی</p>
۲۲	<p>قانون برنامه پنجم توسعه</p> <p>ماده ۳۲- الف- فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، ماده ۳۴- د- تعیین فهرست مواد و فرآورده های غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب برای گروه های سنی مختلف...</p> <p>ماده ۳۴- و- تعیین مقدار مجاز سموم و کودهای شیمیایی برای تولید محصولات باغی و کشاورزی، ماده ۳۷- الف- تهیه فهرست اقدامات و کالاهای آسیب رسان به سلامت</p> <p>ماده ۳۷- الف- ممنوعیت و مجازات تبلیغ خدمات و کالاهای تهدید کننده سلامت</p> <p>ماده ۳۸- ح - به منظور ارتقاء شاخص های سلامت و بهداشت در تولید و عرضه مواد غذایی و کاهش تصدیه های 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 فروشگاه های زنجیره ای مواد غذایی</p> <p>ماده ۱۴۳- حفظ ظرفیت تولید و نیل به خودکفایی در تولید اساسی کشاورزی و دامی / اصلاح الگوی مصرف بر اساس استانداردهای تغذیه، ...، فراهم نمودن زیرساختهای امنیت غذایی</p> <p>ماده ۱۴۵- به منظور اقتصادی و رقابتی نمودن تولید و افزایش صادرات محصولات کشاورزی ...</p> <p>ماده ۱۴۹- دولت مجاز است با هدف تأمین امنیت غذایی اقدامات زیر را انجام دهد:</p> <p>الف- حمایت مالی از توسعه کشتارگاه های صنعتی و بهبود کشتارگاه های سنتی و نیمه صنعتی</p> <p>ب- ارتقاء سطح کلی حمایت از کشاورزی به حداقل سی و پنج درصد (۳۵٪) ارزش تولید این بخش</p> <p>حمایت از افزایش تولید پروتئین حیوانی حاصل از انواع دام، طیور و آبزیان</p> <p>تبصره ۱ - ... سامانه هوشمند مراقبت بیماری های دامی و هویت دار نمودن جمعیت دامی کشور</p> <p>تبصره ۲- دولت برنامه تأمین سلامت غذا از مزرعه تا سفره را طی سلا اول برنامه تصویب و اقدامات قانونی لازم برای اجرای آن را به عمل آورد.</p>
۲۳	<p>بسته اجرایی (۶) ارتقاء امنیت</p> <p>اهداف کمی راهبردی:</p>

<p>غذا و تغذیه یا محوریت اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت غذایی</p>	<p>کاهش میزان عوامل خطرزای شاخص (آفلاتوکسین سموم آفات نباتی و آلاینده های فلزی هورمون ها و آنتی بیوتیک ها) در محصولات کشاورزی (گندم، برنج و پسته) و محصولات گلخانه ای و لبنی در سطح عرضه به میزان ۱۰٪ سال پایه تا پایان برنامه ارتقاء سطح ایمنی ۸ محصول غذایی و آشامیدنی (زیتون، فرآورده های گوشتی، فرآورده های لبنی، نان، روغن های خوراکی مصرف خانوار، کباب کوبیده، سالاد فصل، بستنی سنتی) به میزان ۵۰٪ سال پایه تا پایان برنامه ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای گروه های هدف به میزان ۱۰ درصد وضع موجود افزایش میانگین دریافت روزانه میوه ها، سبزی ها، شیر و لبنیات در خانواده ها به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه کاهش میزان نمک، قندهای ساده، روغن و چربی موجود در فرآورده های غذایی و آشامیدنی به میزان ۱۵٪ سال پایه تا پایان برنامه کاهش شیوع سوء تغذیه در گروه های آسیب پذیر (کودکان، نوجوانان، زنان باردار، میانسالان و سالمندان) به میزان ۱۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه</p>
<p>۲۴</p>	<p>سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه</p> <p>بر طبق بند اول ماده ۱ سند که فقر و هدفمند کردن یارانه ها، دسترسی همه افراد جامعه به حداقل نیازهای اساسی یک حق همگانی است و تأمین این حق بر عهده دولت است.</p> <p>– لازم به ذکر است بند اول ماده ۴ که شامل اهداف کیفی سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه ها می باشد به بهبود وضعیت تغذیه پرداخته که حاکی از اهمیت این مقوله (امنیت غذایی) است.</p>
<p>۲۵</p>	<p>آیین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی</p> <p>بر طبق بند پ ماده ۱ آیین نامه 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) کیلوکالری روزانه برای هر فرد بر مبنای سبد مطلوب غذایی نباشد.</p> <p>ماده ۲ بند چ – جمعیت هدف تحت پوشش این آیین نامه به سه گروه درآمدی زیر طبقه بندی می شوند:</p> <p>گروه اول – جمعیت زیر خط فقر شدید.</p> <p>گروه دوم – جمعیت مابین خط فقر شدید و خط فقر مطلق</p> <p>گروه سوم – جمعیت بالاتر از خط فقر مطلق</p> <p>تبصره ۱ – برای گروه های اول و دوم اقدامات جبرانی و برای گروه سوم اقدامات ارتقایی و پیشگیرانه انجام می گیرد.</p>
<p>۲۶</p>	<p>قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی</p> <p>– ماده ۱۰: اتخاذ سیاست های یارانه ای در چارچوب قانون و بر اساس سیاست های کلی نظام، به منظور هدفمند کردن یارانه ها، با استفاده از نظام های جامع اطلاعاتی و منسجم کشور مانند طرح کد ملی و یا نظام مالیاتی کشور، صورت می گیرد، به نحوی که به تدریج یارانه اعطایی به خانواده های پردرآمد، کاهش یافته و یا حذف گردد و میزان یارانه اعطایی به خانواده های کم درآمد، افزایش یابد. منابع حاصل از حذف یا کاهش یارانه خانواده های پردرآمد، برای تأمین منابع مورد نیاز نظام جامع تأمین اجتماعی، منظور خواهد شد.</p> <p>– ماده ۱۶، بند «ط»: ساماندهی و مدیریت اجرایی نظام هدفمند یارانه های اجتماعی و جهت دهی آن به سوی افراد و خانواد های نیازمند با رویکرد خود اتکایی و اشتغال در چارچوب قانونی و سیاست های کلی نظام بر عهده دولت می باشد.</p>
<p>۲۷</p>	<p>سند ملی توسعه فرابخشی امنیت غذا و تغذیه برنامه چهارم</p>

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

<p>تحلیل محیط درونی (قوت ها و ضعف ها)</p>	<p>تولیت (برنامه، هماهنگی درون بخشی، جلب حمایت، نظارت و مقررات، حقوق بیمار، همکاری بین بخشی و مشارکت مردم)</p>	
	<p>قوت ها</p> <p>وجود شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و کارگروه های تخصصی متناظر در استان، وجود قوانین، مقررات و مستندات مرتبط با امنیت غذا و تغذیه در سند چشم انداز، برنامه های پنج ساله توسعه، نقشه نظام سلامت، امکان استفاده از تجارب و همکاری سازمان های بین المللی</p>	<p>ضعف ها (فرصت های بهبود)</p> <p>نبود نظام استقرار و پایش برنامه های 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 (سورویالانس) غذا و تغذیه، ضعف مشارکت مردم در ارتقای تغذیه و امنیت غذایی، نبود ساختار مناسب دفتر بهبود تغذیه، نبود نظارت کافی مشخص در سلامت تغذیه ای گروه های ویژه دانش آموزی، دانشجویان، مهد های کودک، سربازخانه ها، زندان ها و ... وجود حلقه های همپوشانی و یا فاقد مسئولیت در نظارت بر کیفیت مواد غذایی، وجود حلقه های همپوشانی و یا فاقد مسئولیت در نظارت بر کیفیت مواد غذایی، وجود کانون های متعدد و ناهماهنگ مسئول در نظارت بر غذا و تغذیه این دو تا یکی است، بی توجهی به تغذیه در مکان های عمومی ادارات، کارخانه ها، رستوران ها</p>
	<p>منابع (تأمین مالی، نیروی انسانی، اطلاعات، دارو)</p>	
	<p>قوت ها</p> <p>وجود ردیف بودجه ای مشخص امنیت غذا و تغذیه، وجود دانشکده های تغذیه در دانشگاه های کشور و انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور به منشور تربیت نیروی متخصص، وجود نقشه امنیت غذایی و آسیب پذیری تغذیه ای در کشور، اجرای طرح پزشک خانواده و تعریف جایگاه کارشناس تغذیه در تیم سلامت، وجود صاحب نظران در علم تغذیه و امکان بهره گیری از تجارب و نظرات آنان</p>	<p>ضعف ها (فرصت های بهبود)</p> <p>کافی نبودن بودجه های تخصیص یافته (یا بودجه ها کم است یا در جاهای دیگر هزینه می شود) نبود نیروی انسانی کافی در ستاد وزارت بهداشت، ستاد دانشگاه ها و شهرستان ها و نبود سیستم یکپارچه جمع آوری اطلاعات غذا و تغذیه</p>
	<p>ارایه خدمات (ارتقای سلامت، پیشگیری، درمان و بازتوانی)</p>	
	<p>قوت ها</p> <p>وجود تجربه های موفق در زمینه کاهش سوء تغذیه (کاهش ۵۰ درصدی سوء تغذیه)</p>	<p>ضعف ها (فرصت های بهبود)</p> <p>نبود کارشناس تغذیه در سطوح محیطی برای ارائه خدمات مشاوره، نبود ساختار مناسب تغذیه در</p>

<p>کودکان را با اجرای برنامه های مشارکتی حمایتی تغذیه کودکان)، وجود تجربه موفق در حذف اختلالات ناشی از کمبود ید (کاهش شیوع گواتر از ۶۹٪ در سال ۶۵ به ۴/۸٪ در سال ۸۶ به واسطه اجرای برنامه ید دار کردن نمک)، کاهش کمبود ریزمغذی ها با اجرای برنامه های مکمل یاری و غنی سازی، توسعه برنامه های ایمنی غذایی در کشور</p>	<p>بیمارستان ها، پایین بودن اهمیت سهم برنامه های امنیت غذا و تغذیه از کل برنامه های سلامت نبود بستر مناسب اجرایی تغذیه در سطوح مالی، استانی و شهرستان</p>
محیط نزدیک (ذینفعان درون وزارتی و وزارت خانه های همکار)	
<p>فرصت ها</p> <p>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 دستور عمل ها و آئین 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</p>	<p>تهدیدها</p> <p>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 غذاهایی مجوز می دهد که تهدید کننده سلامتی هستند)، نبودن زمینه های مناسب برای فرهنگ سازی به ویژه در رسانه ملی (تبلیغ مواد غذایی تهدید کننده سلامت بدون محدودیت)، نبودن 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 موافق 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).</p>
محیط دور (عوامل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فن آوری، بین المللی و محیط زیست)	
<p>فرصت ها</p> <p>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</p>	<p>تهدیدها</p> <p>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 آن ها 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 اثرات آن بر محصولات کشاورزی، رشد آسیب های اجتماعی و تأثیر آن بر تغذیه افراد و خانوارها، حاشیه نشینی و اسکان غیر رسمی</p>

خلاصه (بخش شناخت)

با توجه به اطلاعات مندرج در بخش های نه گانه پیش گفت وضع موجود به طور خلاصه در زیر تشریح می شود، این خلاصه مبنای تدوین جهت گیری های سند ملی تغذیه و امنیت غذا قرار می گیرد:

۱) بر اساس آخرین تعریف سازمان جهانی بهداشت و FAO امنیت غذایی عبارت است از «دسترسی همه مردم در تمام اوقات و نقاط به غذای کافی و سالم برای زندگی سالم و فعال». بر اساس این تعریف و نقشه جهانی امنیت غذایی کشورها که در سال ۲۰۰۸ منتشر شد و در تقسیم بندی 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 ساخت های مدیریتی مرتبط در وزارت خانه ها و سازمان های اصلی مسئول در زنجیره غذا و همچنین وجود قوانین و مقررات مصوب و برنامه های ملی عبارت است: از کاهش ۵۰ درصدی سوء تغذیه کودکان با اجرای برنامه های مشارکتی حمایتی تغذیه کودکان، تجربه موفق در حذف اختلالات ناشی از کمبود ید و کاهش شیوع گواتر از ۶۹٪ در سال ۶۵ به ۴/۸٪ در سال ۸۶ به واسطه اجرای برنامه یددار کردن نمک، بهبود شاخص تولید غذا و توزیع جغرافیایی آن، بهبود مراقبت های زنان باردار و کودکان، بهبود دسترسی به آب آشامیدنی سالم و تغذیه با شیر مادر که در بهبود شاخص تولد نوزاد کم وزن و کاهش بیماری های کودکان مؤثر بوده است. در این زمینه تأثیر کاهش اختلاف سواد زنان و مردان بعد از انقلاب و افزایش سواد زنان را در ارتقاء سلامت افراد خانواده نباید از نظر دور داشت.

۳) افزایش متوسط هزینه خوراکی خانوار، کاهش کالری دریافتی در جامعه روستایی به ویژه در دهکده های پایین درآمدی در طول دهه گذشته، افزایش شدید کالری دریافتی در دهک های بالای درآمدی به ویژه در جامعه شهری و ناترازی دریافت کالری در خانوارهای کشور که عوارض بیش خوراری و کمبود دریافت مواد مغذی را در پی دارد. زیادی میزان مصرف نوشابه و نمک در کل کشور و همچنین زیادی مصرف هله هوله، کنسرو، غذای حاضری و فست فود در شهرهای بزرگ، کمی میزان مصرف ماهی و سبزی و میوه تازه همگی در روند افزایشی اضافه وزن و چاقی افراد جامعه و بیماری های غیر واگیر متعاقب آن به ویژه سکتته های قلبی . مغزی، فشارخون، دیابت و سرطان ها مؤثرند.

۴) در مطالعه تعیین 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 میزان های توصیه شده در سبد غذایی مطلوب بوده است.

۵) با اینکه کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی در کودکان زی ۵ 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 مغذی ها 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 حاشیه ای 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 استان های کشور در طیف نسبتاً ناامن غذایی تا بسیار ناامن غذایی، هشدار برای بهبود وضعیت امنیت غذایی کشور آن هم با رعایت عدالت در دسترسی و بهره مندی خانوارها است. این داده ها 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 اینکه اولین مطالعه ملی در زمینه سواد تغذیه ای مردم کشور در سال ۱۳۹۰ انجام شده است و مبنای مقایسه ای وجود ندارد اما وضعیت توصیف شده در این مطالعه نشان می دهد که میزان سواد تغذیه ای مردم با جایگاه مطلوب فاصله زیادی دارد و یکی از اولویت های زیرساختی برای بهبود امنیت غذا و تغذیه سرمایه گذاری در ارتقای سواد تغذیه ای مردم است، مطالعات پراکنده ای در زمینه آگاهی و دانش تغذیه ای 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 سواد تغذیه ای (به معنای آگاهی، نگرش و تغییر رفتار) با محوریت معرفی هرم غذایی، رهنمودهای غذایی ایران، اصلاح عادات و رفتارهای تغذیه ای به کار گرفته شود.

۸) مرور دو مطالعه در مورد تعیین سبد مطلوب غذایی در کشور این نکته را آشکار می کند که این مطالعه باید در دوره های ۵ ساله تکرار شود و نتایج آن برای برنامه ریزی های ملی غذا ارائه گردد، به کارگیری نتایج این تحقیق باید دارای ضمانت و پاسخگویی در دستگاه های مسئول باشد.

۹) مرور برنامه های جاری دفتر بهبود تغذیه جامعه نشان می دهد که حجم اطلاعات لازم برای تصمیم گیری و برنامه ریزی نسبت به واحدهای دیگر مطلوب بوده و می توان تدوین یا بازنگری و استقرار برنامه های جدید را در اولویت قرار داد. یکی دیگر از فرصت های بهبود برنامه های سلامت و تغذیه در دفتر مذکور طراحی و بازبینی برنامه ها منطبق با استانداردهای برنامه های سلامت (Health Program) است. ولی یک چالش مهم اقدامات موازی سازمان غذا و دارو با این دفتر است. مقایسه پازل برنامه های بهبود تغذیه جامعه با برنامه های فعلی دفتر جای خالی برنامه ها و نظام های زیر را متذکر می شود:

* نظام تضمین و اطمینان از تأمین پایدار غذای سالم برای گروه های سنی و همچنین ایمنی غذایی در فرایند تولید و عرضه

* نظام همکاری دورن بخشی در زمینه کاهش بیماری های مرتبط تغذیه و تأمین سلامت تغذیه ای آغاز زندگی با سایر واحدهای همکاری

* نظام تدوین و بازنگری سیاست ها و راهنماهای غذا و تغذیه برای گروه ها و موقعیت های مختلف

* ارتقای سواد و دانش تغذیه ای فعالان تولید و عرضه غذا

* نظارت بر خدمات تغذیه در بیمارستان ها و مدیریت تغذیه در بحران ها

۱۰) تحلیل برنامه های موجود سازمان غذا و دارو، سازمان ملی استاندارد مرکز سلامت محیط کار معاونت بهداشت نشان می دهد که هم پوشانی های وظیفه ای در تولى گرى نظارت و کنترل یکپارچه بر ایمنی غذایی از تولید تا عرضه وجود دارد که نهایت موجب اتلاف منابع و کاهش کیفیت نظارت است.

۱۱) مرور اسناد بالادستی این نکته را آشکار می سازد که به اندازه کافی مجوز قانونی و برنامه های 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 شهرداری ها 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، در این ارتباط ایجاد ستاد برنامه ریزی و پایش عملیاتی از نوع بین بخشی لازم است.

۱۲) تحلیل محیطی نظام مدیریت تغذیه و امنیت غذایی کشور نشان می دهد که در محیط درونی نقاط قوت برجسته تر از نقاط ضعف آن است (تولید، منابع و ارایه خدمات) اما در محیط بیرونی عوامل کلان موثر بر وضعیت غذا و تغذیه از جمله عوامل سیاسی ، اقتصادی ، اجتماعی ، فن آوری ، بین المللی و محیط زیست در مجموع به عنوان یک تهدید محسوب می شود . در چنین شرایطی و با فرض ثابت ماندن عوامل اثر گذار ، راهبردهای حفظ و نگهداری در حوزه امنیت غذا و تغذیه توصیه می شود اما در صورت عزم ملی و حمایت سیاست گذاران ارشد (برای کنترل عوامل سطح کلان) و همچنین همکاری برون بخشی در سطح میانی (همدلی و هم افزایی دستگاه های اصلی در تغذیه و امنیت غذایی) به کارگیری راهبردهای توسعه ای امیدوار کننده است .

۱۳) مرور وظایف نظارتی سه دستگاه اصلی شامل سازمان غذا و دارو ، مرکز سلامت محیط و کار و سازمان ملی استاندارد نشان می دهد در حال حاضر هم پوشانی وظایف در سطح نظارت وجود دارد و نیازمند رفع تضاد است در این مورد توجه به قوانین مصوب و ظرفیت های عملیاتی نظارت در هر دستگاه (به عنوان نمونه وجود شورای عالی استاندارد کشور در سازمان ملی استاندارد و ظرفیت های علمی دانشگاهی در سازمان غذا و دارو) معیارهای قضاوت است هر چند که نظارت های متعدد در سطوح مختلف و در بخش های مختلف یک سطح مشخص ، به شرط هم افزایی و صرف بهینه منابع بالامانع است ، یکی از فرصت های بهبود نظام نظارت ، مشارکت اصناف و سندیکاهای مرتبط در زنجیره غذا است .

۱۴) چالش هم پوشانی 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 فله ای 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 سوء استفاده های احتمالی و برخی گمراهی های عمومی جلوگیری شود ، در همین راستا معارف و آموزه های غذایی مطرح 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 هدفمند سازی یارانه ها ، ایجاد تورم و از بین رفتن سیاست جبرانی غذای ارزان ، اقشار آسیب پذیر و محروم جامعه ، بیش از پیش به لحاظ وضعیت معیشتی و بالخصوص تغذیه در معرض آسیب قرار دارند ، بنابراین طبق بند دوم سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه ها ، می بایست در طراحی برنامه ها و سیاستهای اقتصادی ، تاثیرات ناشی از اجرا بر رفاه آحاد کشور نیز مدنظر گرفته و هزینه های جبرانی آثار سوء سیاستها و برنامه های اقتصادی بر رفاه مردم از منابع اجرای همان سیاستها و برنامه های اقتصادی تامین شود . بنابراین لازم است که طرح های پراکنده کاهش فقر غذایی خانواده های کم در آمد که تا پیش از اجرای قانون هدفمند سازی یارانه ها و تورم ناشی از آن ، تا حدودی جوابگوی نیاز اقشار محروم جامعه بود ، تبدیل به برنامه ای مدون با عنوان برنامه امنیت غذایی گردد و در بودجه سالانه کشور ، ردیفی به عنوان ردیف امنیت غذایی ایجاد شود تا اثر بخشی طرح های امنیت غذایی بیش از پیش شده و گامی موثر در راستای تامین اهداف نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران جهت خدمت رسانی به اقشار محروم جامعه باشد .

جدول خلاصه بخش شناخت سند ملی تغذیه و امنیت غذا
شش نقطه تمرکز در بهبود شاخص های سطح اثر نهایی تغذیه و امنیت غذایی
۱) نیاز به بهبود شاخص های سوء تغذیه (کم وزنی ، لاغری و کوتاه قدی کودکان زیر ۵ سال)
۲) نیاز به بهبود وضعیت ریز مغذی ها در گروه های آسیب پذیر شامل زنان سنین باروری به ویژه زنان باردار ، کودکان زیر ۵ سال ، نوجوانان در سنین بلوغ و سالمندان
۳) نیاز به بهبود شاخص اضافه وزن و چاقی در گروه های سنی مختلف
۴) نیاز به بهبود شاخص بیماریهای غیر واگیر مرتبط با تغذیه (سکته های قلبی ، مغزی ، فشارخون و دیابت)
۵) نیاز به بهبود دسترسی عادلانه به اقلام غذایی اصلی (بهبود دسترسی دهک های پایین در آمدی و نقاط جغرافیایی مشخص)
۶) اقدام عاجل برای استان هایی که در طیف نسبتا نا امن تا بسیار نا امن غذایی قرار دارند (هرمزگان ، کهکلوپه و بویر احمد ، سیستان و بلوچستان به عنوان اولویت دارترین ، خوزستان ، کرمان ، ایلام ، بوشهر به عنوان استانهای اولویت دوم ، اردبیل ، چهار محال بختیاری ، فارس ، کرمانشاه ، کردستان ، لرستان و خراسان جنوبی به عنوان استانهای اولویت دار سوم)

	نقاط تمرکز در سه حوزه پیامدی از امنیت غذا و تغذیه	حوزه ها
<p>تامین غذای کافی و در دسترس (Food availability and accessibility)</p>	<p>(۱) تناسب حجم تولید اقلام اصلی غذایی با سبد غذایی مطلوب (۲) تولید محصولات کشاورزی خام (محصول زارعی، دام و طیور و شیلات) و فراوری شده با بیشترین ایمنی و ارزش غذایی (۳) نیاز به ارتقای دانش تغذیه ای کلیه فعالان زنجیره غذا در کشور شامل کشاورزان و دامداران، فراوری کنندگان غذا، توزیع کنندگان، عرضه کنندگان غذای آماده، خرده فروشی مواد غذایی، تبلیغات / رسانه (۴) توجه به تولید محصولات غذایی حامی سلامت و متناسب با الگوی عوامل خطر بیماری ها و بیماریهای شایع غیر واگیر دار در کشور (۵) نیاز به بهبود دسترسی و بهره مندی عادلانه از غذا (توجه به تامین دهک های اقتصادی پائین و توزیع جغرافیای عادلانه) (۶) نیاز به پیشگیری و مدیریت عوامل محیط زیستی موثر در کشاورزی (۷) نیاز به تامین آبیاری سالم زمین های زراعی و سبزی کاری در معرض ورود فاضلاب انسانی</p>	<p>تامین پایدار غذا (Sustainable Food supply)</p>
<p>بهره مندی بدن از غذای خورده شده (Food Utilization)</p>	<p>(۱) تدوین استانداردها و نظارت بر رعایت آنها با مشارکت کلیه شرکا از جمله اصناف و سندیکاها در کل زنجیره غذا (۲) نیاز به برچسب گذاری محصولات غذایی (۳) نیاز به آموزش و تشویق کلیه فعالان سلامت محور در زنجیره غذا و مصرف کنندگان (۴) نیاز به ارتقای عرضه غذای سالم و ایمن</p> <p>(۱) نظام تضمین و اطمینان از تامین پایدار غذای سالم برای گروه های سنی و همچنین ایمنی غذایی در فرایند تولید و عرضه (۲) نظام همکاری درون بخشی در زمینه کاهش بیماری های مرتبط تغذیه و تامین سلامت تغذیه ای آغاز زندگی با سایر واحد های همکار (۳) نظام تدوین و بازنگری سیاست ها و راهنماهای غذا و تغذیه برای گروه ها و موقعیت های مختلف (۴) ارتقای سواد تغذیه ای فعالان تولید و عرضه غذا (۵) ارتقاء خدمات تغذیه در بیمارستان ها (۶) مدیریت تغذیه در بحران ها (۷) بهبود کیفی برنامه های موجود ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای (۸) بهبود وضعیت ریز مغذی ها (۹) نیاز به ایجاد نظام سورویالانس غذا و تغذیه و اطمینان از سیری سلولی و سلامت تغذیه ای جامعه</p>	<p>ایمنی غذایی (Food Safety)</p> <p>بهبود تغذیه (Nutrition)</p>

بخش دوم) جهت گیری های ارتقای تغذیه و امنیت غذایی کشور

الف) دور نما در ۱۳۹۹

سازمان های اصلی مسئول در امنیت تغذیه و غذایی کشور تا پایان سال ۱۳۹۹ توانسته اند با نهادینه سازی همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم، ضمن بهبود دسترسی فیزیکی و اقتصادی عادلانه به غذا، نشانگرهای کم خوری، بدخوری و پیامدهای آن را (در حد پیش بینی در این برنامه) بهبود دهند و ضمن قرار دادن همه استان های کشور در وضعیت مطلوب امنیت تغذیه و غذا، رتبه کشور را در منطقه ارتقاء دهند.

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

۱. افزایش سواد تغذیه ای گروههای هدف اولویت دار حداقل به میزان ۵۰٪ سال پایه
۲. افزایش میانگین دریافت اقلام اصلی سبذ غذایی (میوه ها، سبزیها، شیر و لبنیات و حبوبات) در خانواده ها حداقل به میزان ۱۵٪ سال پایه
۳. افزایش دسترسی و مصرف غلات سبوس دار به میزان ۲۰٪ سال پایه
۴. کاهش میزان نمک، قندهای ساده و چربی موجود در فرآوردهای 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 استانداردهای اولویت دار زنجیره غذا به کلیه متولیان و کنترل زنجیره غذا بر اساس ارزیابی خطر حداقل در ۵۰٪ مراکز مجری با تعیین اولویت ها توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذایی)
۷. اعلان عمومی درجه تولید کنندگان بزرگ مواد غذایی منطبق با سیاست های ایمنی و ارزش تغذیه ای
۸. بهرمندی ۱۰۰٪ کودکان، نوجوانان و جوانان، میانسالان، زنان باردار و سالمندان چاق از یکبار ویزیت و مشاوره در برنامه پزشک خانواده و استمرار مراقبت ۵۰٪ افراد شناسایی شده
۹. حفظ و ارتقاء پوشش مصرف نمک یددار تصفیه شده در حداقل ۹۹ درصد خانوارهای کشور
۱۰. استقرار نظام مدیریت غذا و تغذیه در مدیریت بحران استان ها (طراحی، توجیه و آموزش و انجام مانور)
۱۱. استقرار کامل برچسب گذاری تغذیه ای در کلیه محصولات غذایی فرآوری شده متناسب با سطح سواد تغذیه ای مردم کشور
۱۲. کنترل محلول ها و مکمل های غذایی بیمارستانی مورد نیاز کشور بر اساس ضوابط و استانداردها
۱۳. اجرای حداقل ۳۰٪ استانداردهای مصوب وزارت بهداشت در خصوص خدمات مشاوره تغذیه در کلیه بیمارستان های کشور
۱۴. استاندارد سازی بخش غذا در بیمارستان ها تا انتهای سال ۱۳۹۳

۱۵. مقررات و سیاست های بهبود تغذیه اماکن عمومی با اولویت رستوران ها ، مهد کودک ها و مدارس ، ابلغ ، ترویج و حداقل یکبار صد و بازخورد داده شده است .
۱۶. استقرار نظام دیده بانی امنیت تغذیه و غذا و انتشار گزارش سالانه (برخی از شاخص ها به تناوب دو سال یا بیشتر منتشر می شود)
۱۷. تعیین تکلیف و استقرار غنی سازی ، تقویت و توسعه مکمل یاری برای ریز مغذی های آهن ، روی ، ویتامین آ و ویتامین د در صنایع غذایی و مراقبت های اولیه
۱۸. انتشار سبد غذایی مطلوب (استخراج سرانه غذایی کشور و الگوی غذایی مصرفی برای گروه های سنی و جنسی) در چهارمین سال برنامه های توسعه پنج ساله
- (ج) اهداف راهبردی در ۱۳۹۹ (تاکید بر نشانگرهای سطح اثر به ویژه بیماری ها)
۱. کاهش شیوع سوء تغذیه پروتئین انرژی در کودکان زیر ۵ سال ، مادران باردار و سالمندان به میزان ۳۰٪ سال پایه
 ۲. کاهش شیوع بیماری های ناشی از غذا به ۲۰٪ سال پایه
 ۳. افزایش انتخاب آگاهانه مردم با استفاده از برچسب گذاری 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 ریز مغذیهای شایع (ید ، آهن ، روی ، ویتامین د ، ویتامین آ) در کودکان زیر ۶ سال ، نوجوانان ، زنان باردار و شیرده به میزان ۲۰٪ سال پایه
 ۶. کاهش شیوع گواتر در دانش آموزان ۱۰-۸ ساله به میزان ۱۰٪ وضع موجود
 ۷. بهبود کیفیت غذا در ۵۰٪ غذا خوری های دانشگاه ها ، کارخانه ها ، بیمارستان ها ، اداره ها ، سربازخانه ها ، زندان ها و رستوران های عمومی
 ۸. ارتقای شاخص های تغذیه بیمارستانی به میزان حداقل ۳۰٪

د) جدول مداخلات کلان و برنامه های اولویت دار

دستگاه های مسئول	برنامه ها	حوزه ها
<p>وزارت جهاد کشاورزی و سازمان دامپزشکی ، صنعت معدن تجارت ، اقتصاد دارایی ، سازمان محیط زیست</p>	<p>برنامه ۱) تولید محصول کشاورزی سالم (پیشنهاد و نظارت ضوابط ، پیش نویس استانداردهای ملی ، دستور عمل های فنی و ترویج روش ها و فن آوری های نوین و مبتنی بر شواهد تولید محصول کشاورزی شامل دام ، طیور ، شیلات و زارعی سالم)</p> <p>برنامه ۲) فراهمی اقلام اصلی غذایی و تضمین بازار مناسب (باز نگری در سیاست های کشاورزی ، راهنمایی تولید کنندگان محلی مواد غذایی و کشاورزان ، کاستن از موانع بازار برای حمل و نقل ، کاستن از خطر انباشتگی سموم ، کنترل کافی بازار مواد غذایی و نوشیدنی هایی که در اختیار کودکان قرار می گیرد)</p> <p>برنامه ۳) فرمول بندی سالم محصولات غذای تولیدی (کاستن از مقدار نمک ، قند افزوده ، چربی اشباع شده و ...)</p> <p>برنامه ۴) غنی سازی اجباری و اختیاری غذاهای اصلی و تکمیلی (در مواردی که کمبود ریز مغذی ها وجود دارد ، رعایت هزینه اثر بخشی اقدام ها ، پایش پیشرفت ، شناخت مخاطرات)</p> <p>برنامه ۵) ابزارهای اقتصادی موثر بر تغذیه مناسب و سالم (مالیات ها ، یارانه ها ، وام) (برای کمک به دسترسی و بهرمندی از غذای مناسب و سالم از قدرت خرید مردم با رعایت شرایط ایمنی و سلامت غذا ، تولید کنندگان ، وارد کنندگان و افزایش مالیات برای کلیه غذاهای کاهنده سلامت و اختصاص در آمد حاصله برای یارانه به گروه های آسیب پذیر در تامین غذاهای سالم و با ارزش تغذیه ای بالا)</p> <p>برنامه ۶) برنامه مدیریت اثر تغییرات آب و هوا بر تغذیه و امنیت غذایی</p>	<p>تامین پایدار غذا (Sustainable Food Supply)</p>
<p>سازمان غذا و دارو ، سازمان ملی استاندارد ، و دفتر سلامت محیط و کار وزارت بهداشت</p>	<p>برنامه ۷) شبکه ملی پایش غذا (پایش محصولات غذایی آرایشی و بهداشتی (post marketing survey pms) ؛تضمین اینکه محصولات تجاری با رعایت دستورالعمل موجود عرضه شود و بهبود نظام ثبت و بررسی گزارشات مردمی در خصوص محصولات غذایی و آشامیدنی)</p> <p>برنامه ۸) برچسب گذاری 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 مصرف کنندگان که بر اساس ضابطه برچسب گذاری مصوب سازمان غذا و دارو انجام می شود)</p> <p>برنامه ۹) ارتقای سطح ایمنی و کاهش عوامل خطرزای شاخص در محصولات غذایی و کشاورزی اولویت دار (آفلاتوکسین سموم آفات نباتی، آلاینده های فلزی، هورمون ها و آنتی بیوتیک ها در محصولات غذایی و محصولات کشاورزی شامل گندم، برنج و پسته، محصولات گلخانه ای، محصولات لبنی، هدف برنامه برای محصولات غذایی اولویت دار زیتون، فرآورده های گوشتی و لبنی، نان، روغن های خوراکی مصرف خانوار خواهد بود)</p> <p>برنامه ۱۰) درجه بندی دوره ای مراکز تولیدی و عرضه کننده خوراکی و آشامیدنی (از نظر ایمنی و ارزش غذایی منطبق با سیاست های تغذیه ای کشور بر اساس وضعیت فنی، بهداشتی، تولید و ویژگی های محصول نهایی)</p> <p>برنامه ۱۱) غذای سالم و ایمن در عرضه (تدارک غذای سالم و ایمن در محل های عمومی برای گروه های کودکان، دانش آموزان، کارگران، کارکنان، سالمندان، نظامیان و زندانیان، مسافران، بیمارستان ها، رستوران ها از جمله توسعه رستوران های حامی سلامت و ورزشگاه ها)</p> <p>برنامه ۱۲) نظارت و به روز آوری زنجیره غذا به صورت یکپارچه و بر اساس ارزیابی خطر (هماهنگ سازی با استانداردهای بین المللی و ملی).</p>	<p>ایمنی غذایی (Food safety)</p>

برنامه ۱۳) سلامت تغذیه ای آغاز زندگی (دوره قبل لقاح، جنینی (بارداری)، شیر مادر و تغذیه تکمیلی، مهد کودک و مدرسه)

برنامه ۱۴) سیاست ها و راهنماهای غذا و تغذیه (اعلان سیاست های دوره ای تغذیه کشور از جمله سبد مطلوب غذایی به طور دوره ای، 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 بیمارستان ها، ورزشکاران، اماکن عمومی مراکز نگهداری سالمندان، رژیم غذایی در بیماری ها، استاندارد سازی مکمل ها و محلول های غذایی ویژه بیمارستان غنی سازی غذاهای اصلی با تأکید بر گروه های فقیر و آسیب پذیر، در نظر گرفتن حساسیت های قومی، فرهنگی و مذهبی و فراهمی مواد غذای، ...)

برنامه ۱۵) ارتقای سواد تغذیه ای و تشویق مصرف کنندگان و فراهم آورندگان غذا (درباره غذا، تغذیه، ایمنی غذا، حقوق مصرف کنندگان، فرصت های تحرک بدنی در جاهای مختلف، کاستن از فشارهای اجتماعی برای تن دادن به لاغری های مفرط و نا به جا به عنوان زیبایی به ویژه در کودکان و نوجوانان، توانمندسازی محلی و منطقه ای در زمینه رفتارهای سالم تغذیه ای، آموزش تغذیه و شویه زندگی سالم درمقاطع تحصیلی آموزش و پرورش و آموزش عالی و تعیین حداقل دانش مورد انتظار به تفکیک هر یک از مقاطع تحصیلی، برگزاری نشست ها و همایش های علمی توجیهی برای مسئولان ذیربط توسط کلیه وزارتخانه ها، ادارت، سازمان ها و کارخانجات)

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

برنامه ۱۷) برقراری برنامه های حمایت از گروه های فقیر و آسیب پذیر (با تأمین یارانه های غذا، توزیع مواد غذایی، تأمین دسترسی رایگان یا با تخفیف به غذاهای آماده، توجه به تغذیه افراد ترک تحصیلی ها و کودکان کار و تدوین برنامه غذا برای کار (food work) با بهره گیری از ظرفیت های خیرین و مراکز خیریه، کانالیزه کردن امکانات و منابع خیریه ها به فعالیت های اجتماعی هدفمند در جهت تحصیل و اشتغال اعضای خانوارهای نیازمند و...)

برنامه ۱۸) مراقبت تغذیه ای گروه های سنی در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (ادغام ارزیابی وضعیت و مشاوره تغذیه در برنامه مراقبت های اولیه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای رشد شیرخواران و کودکان، پایش وزن و ارزیابی بزرگسالان، ترویج تغذیه متعادل، فراهم ساختن پوشش کافی خدمات سرپایی و بستری، گنجاندن حمایت های تغذیه ای در درمان بیماری های مختلف، تدوین فرم ها و استانداردهای تغذیه و ادغام در برنامه اعتباربخشی ملی بیمارستان های کشور، بازنگری روش های تمديد مجوز کار کارکنان سلامت در تشخیص و درمان بیماری های تغذیه ای؛ ارائه رژیم های مختلف غذایی مورد نیاز بیماری های مختلف)

برنامه ۱۹) نظام مراقبت تغذیه ای و ایمنی غذایی در بیمارستان ها (ابلاغ و اجرای استانداردهای بخش غذای بیمارستان، برنامه های بهبود تغذیه بیمارستان ها (شامل: آموزش، پژوهش و مداخلات)، تأمین غذای سالم و کافی برای بیماراران متناسب با نیاز، غربالگری مخاطرات در همه بیمارستان ها برای جلوگیری از کم غذایی، سوء تغذیه ... تشویق به تولید و استفاده از مکمل های غذایی بیمارستانی با تأکید بر بخش مراقبت های ویژه)

برنامه ۲۰) مدیریت تغذیه در بحران

بخش سوم) نظام استقرار

الف) برنامه عملیاتی

جدول زمانبندی 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	۱. تصویب سند در شورای معاونین وزارت بهداشت 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				
	۲. انعقاد تفاهم نامه ملی تغذیه و امنیت غذای و ترویج رسانه ای				
	۳. 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)				
	۴. تشکیل شورای مراقبت از برنامه های تغذیه و امنیت غذایی				
	۵. 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				
	۶. امکان سنجی برای ایجاد ردیف بودجه تغذیه و امنیت غذایی و تدوین قانون تغذیه و پیگیری آن				
	۷. آموزش کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی شورای مراقبت از برنامه تدوین برنامه های بیست گانه				
ارزایی و ارزیابی	۸. تدوین و تصویب برنامه های بیست گانه در کمیته بین بخشی پایش تغذیه و امنیت غذا (کمیته پیا !)				
	۹. تعریف پروژه های اولویت دار سال ۱۳۹۲ در هر برنامه و تصویب در کمیته بین بخشی پایش				
	۱۰. آماده سازی مجریان بین بخشی و دورن بخشی برای اجرای پروژه ها				
	۱۱. بررسی گزارش پیشرفت میانی و نهایی پروژه ها و ارزیابی میزان نزدیک شدن به اهداف راهبردی ۱۳۹۴ در پایان سال و ارایه گزارش در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور				
	۱۲. تعریف پروژه های اولویت دار سال ۱۳۹۳ در هر برنامه و تصویب در کمیته بین بخشی پایش				
	۱۳. بررسی گزارش پیشرفت میانی و نهایی پروژه ها و ارزیابی میزان نزدیک شدن به اهداف راهبردی ۱۳۹۴ در پایان سال و ارایه گزارش در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور				
	۱۴. تعریف پروژه های اولویت دار سال ۱۳۹۴ در هر برنامه و تصویب در کمیته بین بخشی پایش				
	۱۵. بررسی گزارش پیشرفت میانی و نهایی پروژه ها و تدوین گزارش ارزشیابی برنامه جامع در سومین سال اجرا به همراه گزارش دیده بانی امنیت غذا و تغذیه کشور و بازنگری دورنما، اهداف راهبردی و برنامه ها بر اساس رویکردهای برنامه ششم توسعه کشور و ارایه گزارش در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور				

توضیحات :

- * سند ملی تغذیه و امنیت غذایی از بیست برنامه تشکیل شده است. هر برنامه (program) در طول سه سال اول برنامه جامع، در هر سال پروژه های (projects) متعددی را شامل می شود که به طور هماهنگ و برای دستیابی به اهداف برنامه متناظر مدیریت می شوند.
- * در مجموع سه سال مالی برای دستیابی به اهداف راهبردی ۱۳۹۴ در سند ملی تغذیه و امنیت غذایی پیش بینی شده است.
- * فلش ها زمان شروع و پایان پروژه ها را نشان می دهد.
- * تکالیف دانشگاه های علوم پزشکی کشور در اولین سال استقرار سند (۱۳۹۱)، تشکیل کمیته تغذیه و امنیت غذایی ذیل کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استانی، تدوین برنامه عملیاتی (متناظر با اهداف و برنامه های بیست گانه سند) و انعقاد تفاهم نامه بین بخشی با محوریت استانداری و ارایه گزارش فصلی پیشرفت به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور است انتظار می رود روسای دانشگاه ها با استفاده از کلیه ظرفیت های استان

ب) نظام استقرار برنامه

آئین 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 سیاست گذار و ناظر عالی سلامت در کشور تعیین شده و همچنین بر اساس ماده ششم آیین نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مصوب هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۸/۱ و با هدف پایش عملیات بین بخشی و استفاده از ظرفیت های سازمانی دستگاه های مسئول در تغذیه و امنیت غذایی «کارگروه پایش بین بخشی تغذیه و امنیت غذا» تشکیل می گردد.

ماده ۲: ترکیب اعضا

- ۱) معاون بهداشت و وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی (رئیس کارگروه)
- ۲) مدیر کل دفتر بهبود تغذیه معاونت بهداشت (دبیر کارگروه)
- ۳) معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری
- ۴) مرکز سلامت محیط و کار معاونت بهداشت و ب.د.ا (اداره بهداشت مواد غذایی و بهسازی امکان عمومی)
- ۵) معاون غذا، سازمان غذا و دارو
- ۶) مدیر کل نظارت بر اجرای استاندارد سازمان ملی استاندارد
- ۷) رئیس یا نماینده تام الاختیار سازمان دامپزشکی کشور
- ۸) رئیس یا نماینده تام الاختیار سازمان شیلات
- ۹) رئیس سازمان حفظ نباتات
- ۱۰) سه نفر نماینده تام الاختیار از وزارت صنعت، معدن و تجارت (نماینده ستاد و سازمان حمایت از مصرف کنندگان و تولید کنندگان، گمرکات کشور)
- ۱۱) نماینده اتاق بازرگانی
- ۱۲) نماینده سازمان تعزیرات حکومتی
- ۱۳) رئیس مجمع عالی واردات (وارد کنندگان مواد غذایی)
- ۱۴) رئیس اتحادیه مرکزی نظارت و هماهنگی تولید کنندگان مواد غذایی (کشاورزان و دامپروران)

۱۵) رئیس انجمن صنایع غذایی ایران

۱۶) نماینده شورای عالی استان ها

۱۷) رئیس انستیتو تحقیقات تغذیه ای 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 می شود.

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

تبصره چهارم) جلسات با حضور دو سوم اعضا رسمیت می یابد و در مواقع نیاز به رأی گیری موارد با موافقت دو سوم اعضا تأیید می گردد.

ماده ۳: وظایف

■ بررسی و تصویب شناسنامه برنامه های بیست گانه دستگاه های مسئول مندرج در تفاهم نامه ملی حاصل از برنامه جامع امنیت غذا و تغذیه

تعیین و تصویب پروژه های مندرج در هر برنامه و ایجاد هماهنگی بین پروژه ها

پایش و روند پیشرفت پروژه های برنامه جامع امنیت غذا و تغذیه، تصمیم برای کاربست نتایج پروژه ها

ارایه گزارش به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و رسانه ها و همچنین تدوین پیش نویس مصوبات مرتبط برای تصویب در شورای مذکور

ارایه نظرات مشورتی در ارتباط با طرح های پیوست سلامت

بازبینی انتظارات از کلیه ذی نفعان برای بهبود تغذیه و امنیت غذایی و تصویب پیام های سالانه ویژه مردم

تبصره ۵) کلیه گزارش ها و درخواست های کارگروه برای پیشبرد برنامه های مندرج در سند جامع تغذیه و امنیت غذایی از طریق دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به شورای عالی ارسال می شود، مصوبات شورای عالی برای کارگروه لازم الاجرا است.

تبصره ۶) در سطح استانی کمیته متناظری برای برنامه ریزی عملیاتی و پایش زیر نظر کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استانداری تشکیل می شود و گزارش عملکرد سه ماهه این کمیته هم زمان به کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان، وزارت خانه های عضو کمیته پایش و دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال می شود.

ماده ۴: منابع

۱. منابع مالی پروژه ها از ردیف های بودجه مربوط به هر دستگاه تأمین خواهد شد و در این مورد از راهنمایی و نظارت نماینده مدیر کل بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری برای هدفمندی و هماهنگی هزینه بودجه های مرتبط استفاده می شود.

۲. هر یک از واحدها کارشناس رابط علاقمند و توانایی را برای کلیه امور برنامه ریزی، ساماندهی، پایش و گزارش دهی به دبیرخانه معرفی می نماید.

۳. در سه سال اول استقرار برنامه جامع، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران موظف است با همکاری انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور، دانشکده تغذیه و رژیم شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران و سایر مراکز تحقیقاتی آموزش و قطب های مرتبط در وزارت خانه ها و سازمان های عضو موضوع این آئین نامه ضمن ارایه آموزش ها و مشاوره های لازم برای استقرار برنامه جامع به مجریان، نظام دیده بانی تغذیه و امنیت غذایی و اولویت های تحقیقاتی مرتبط را با محوریت دستگاه های مسئول در زمینه تغذیه و امنیت غذایی طراحی و استقرار دهد.

۴. سه اداره «همکاری بین بخشی، هماهنگی دورن بخشی و دانشگاه های علوم پزشکی و اداره دستورالعمل ها و سواد تغذیه ای» واحدهای سازمانی هستند که در دفتر بهبود رصد مبتنی بر شواهد و روزآمد پیشرفت سند ملی ارتقای تغذیه و امنیت غذایی را بر عهده خواهند داشت. آن چه که ما در ساختار دفتر بهبود تغذیه جامعه دیده بودیم: اداره برنامه ریزی تغذیه جامعه، اداره ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای، اداره پایش و ارزشیابی و اداره تدوین استانداردها بوده است.

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

پیوست اول: تقسیم کار دورن بخشی سند ملی تغذیه و امنیت غذایی

تقسیم کار دورن بخشی سند تغذیه و امنیت غذایی کشور		
حوزه	واحدها	(اقدامات و پروژه های مشترک)
معاونت بهداشت	دفتر بهبود تغذیه جامعه	مدیریت کلیه مداخلات مندرج در سند در قالب ۵ برنامه دفتر شامل برنامه ترویج فرهنگ و سواد تغذیه ای، برنامه تدوین و بازبینی پروتکل های تغذیه ای، برنامه اطمینان از هم افزایی دورن و برون بخشی، برنامه ارزشیابی، مطالعات و دیده بانی امنیت تغذیه ای و غذا کشور و برنامه تغذیه در بحران
	دفتر سلامت جمعیت و تنظیم خانواده	حمایت و تقویت برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر و تغذیه تکمیلی مناسب، تهیه و چاپ نمودارهای پایش رشد کودک و نمودارهای پایش روند وزن گیری مادران باردار، ارتقاء کیفیت خدمات تغذیه ای کودک، مادران باردار، دانش آموزان، میانسالان و سالمندان، تعامل با دفتر بهبود تغذیه جامعه برای پایلوت سازی و ادغام برنامه پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی کودکان و نوجوانان و پایلوت سازی و ادغام برنامه سورویولانس 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، ارتقاء وضعیت تغذیه رایگان در مدارس و استفاده از مواد غذایی مغذی (از جمله مغزدا نه ها، میوه ها و سبزی ها)، منع عرضه مواد غذایی کم ارزش در بوفه های مدارس
	دفتر آموزش سلامت	تعامل با دفتر بهبود تغذیه برای تهیه مطالب آموزش مناسب و آموزش های همگانی تغذیه
	مرکز سلامت محیط و کار	گنجانیدن 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 پایلوت سازی و ادغام برنامه سورویولانس غذا و تغذیه، پیاده سازی سیستم های مدیریت ایمنی مواد غذایی در واحدهای عرضه و توزیع مواد غذایی، ایجاد و تقویت سیستم خود اظهاری

	جهت نظارت بر مراکز عرضه مواد غذایی، گسترش بهسازی محیط (ب و فاضلاب و زباله) با تأکید بر مناطق محروم، مدیریت صحیح بازیافت زباله و آموزش آن در جامعه	
	تجهیز خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به ترازو و قدسنج های مورد نیاز با کیفیت مناسب برای اندازه گیری شاخص های آنترپومتریک گروه های سنی مختلف، راه اندازی واحدهای مشاوره تغذیه در مراکز بهداشتی درمانی، تعامل با دفتر بهبود تغذیه جامعه برای پایلوت سازی و ادغام برنامه سورویالانس غذا و تغذیه، ادغام بسته های خدمتی تغذیه در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، ارتقاء دسترسی حاشیه نشین ها به خدمات تغذیه ای استاندارد از طریق شبکه های بهداشتی درمانی کشور	مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت
	گنجانیدن 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 بر اساس اولویت های دفتر بهبود تغذیه جامعه، تعامل با دفتر بهبود تغذیه جامعه برای پایلوت سازی و ادغام برنامه سورویالانس غذا و تغذیه	مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر
	حفظ و افزایش پوشش برنامه ایمن ساری، تشخیص و درمان به موقع بیماری های انگلی روده ای و گنجانیدن خدمات تغذیه ای در پیشگیری و کنترل بیماری های واگیر (سل، ایدز، مالاریا ...)	مرکز مدیریت بیماری های واگیر
	همکاری با دفتر بهبود تغذیه در تدوین بسته های خدمتی مرتبط با مشاوره بالینی تغذیه و تعیین تعرفه مناسب برای مشاوره تغذیه بالینی در سرپایی و بستری	دفتر ارزیابی فناوری و استاندارد و تعرفه
معاونت درمان	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 مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
	گنجانیدن 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 از راه دور	دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان
معاونت آموزش	تدوین و راه اندازی دوره های آموزشی (Registered Dietitian) RD به منظور افزایش دانش و مهارت کارشناسان تغذیه در امر مشاوره تغذیه و رژیم درمانی، حمایت و تأمین اعتبار لازم برای راه اندازی دوره تغذیه با گرایش های مختلف بر اساس کوریکولوم های تدوین شده در پروژه بانک جهانی (تغذیه جامعه، سیاستگذاری غذا و تغذیه، اپیدمیولوژی تغذیه ...)، بازنگری کوریکولوم دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی و گنجانیدن مطالب تغذیه ای در آن ها، 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 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
	تحلیل و بررسی کمی و کیفی نیروی انسانی مورد نیاز برای استقرار سند 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 کاردان یا کارشناس بهداشت محیط شهری و روستایی، انجام هماهنگی های لازم جهت افزایش بودجه تغذیه و امنیت غذایی با ارایه 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	مرکز بودجه و پایش عملکرد، مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری، اداره کل منابع انسانی و پشتیبانی، اداره کل امور مالی و ذیحسابی، دفتر توسعه منابع فیزیکی و امور عمرانی
	طراحی و استقرار اولویت های تحقیقاتی تغذیه و امنیت غذایی از طریق شبکه تحقیقات تغذیه ای کشور از جمله مطالعه در زمینه شناخت	معاونت تحقیقات و فناوری

<p>باورهای تغذیه ای در هر منطقه، مطالعه و شناسایی غذاهای سنتی و تعیین ارزش تغذیه ای آن ها به منظور ترویج غذاهایی سنتی سالم در منطقه</p> <p>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</p>	
<p>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 مققرات مربوط به واردات مکل های تغذیه ای مورد استفاده در تغذیه بیماران بستری در بیمارستان ها</p> <p>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)، ارتقاء کنترل و ارزیابی آلودگی های غذایی اعم از زیستی و شیمیایی در سطح کشور، کنترل کیفیت محصولات تغذیه ای غنی شده، توسعه روش های بیوتکنولوژی در تولید مواد غذایی و استفاده از تکنولوژی مناسب در بسته بندی مواد غذایی، تولید مکل 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، ارتقاء کیفیت تغذیه ای محصولات غذایی فرآوری شده، بهبود کیفیت روغن های مصرفی و به حداقل رساندن میزان اسیدهای چرب اشباع و ترانس در آن ها، تأمین و تدارک مکل های مورد نیاز با قیمت و کیفیت مناسب و قابل دسترسی 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 آن ها از روش کنترل و تشخیص سنتی به سیستم پیشگیری، یک بخش تکراری بود حذف کردم 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 آشامیدنی و بهداشتی، حمایت از برنامه های آموزش حین خدمت و بازآموزی کارکنان صنایع غذایی، تولید کنندگان 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 بتواند 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) بر اساس سیاست های کنترل کمبود ریزمغذی ها در دفتر بهبود تغذیه جامعه</p>	<p>سازمان غذا و دارو</p>
<p>اجرای برنامه های آموزشی و ترویجی تغذیه سالم ویژه دانشجویان دانشگاه ها و ارتقای کیفیت غذای دانشجویان با استفاده از دستورعمل های ابلاغی</p>	<p>مرکز امور دانشجویی و فرهنگی</p>
<p>ملحوظ کردن ارزیابی عملکرد روسای دانشگاه ها بر اساس میزان موفقیت استقرار سند تغذیه و امنیت غذایی استان و تصویب ساختار و نیروهای انسانی لازم</p>	<p>مشاور وزیر در امور هیات امنای</p>
<p>تدوین و اجرای برنامه سالانه روابط عمومی برای اطلاع رسانی در زمینه تغذیه و امنیت غذایی (ویژه مردم، تصمیم گیرندگان)</p>	<p>روابط عمومی</p>
<p>تصویب سند تغذیه و امنیت غذایی و ابلاغ به واحدهای تابعه و دانشگاه ها و دریافت گزارش فصلی از میزان پیشرفت برنامه</p> <p>تصویب تکالیف و انتظارات بین بخشی در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و ابلاغ به کارگروه های تخصصی استانی</p> <p>تشکیل کارگروه پایش بین بخشی 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</p> <p>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</p>	<p>شورای سیاست گذاری و شورای معاونین</p>

پیوست دوم: تقسیم کار برون بخشی: تکالیف دستگاه های اجرایی در برنامه های تغذیه و امنیت غذایی

۱) وزارت جهاد کشاورزی

برنامه ریزی و سیاستگذاری در جهت پایداری تولید از طریق برنامه ریزی و سیاستگذاری به منظور:

۱. افزایش بهره وری عوامل تولید، کاهش و مدیریت بهینه ضایعات و پسماندهای کشاورزی.

۲. تأمین کافی و به موقع نهادهای کشاورزی

۳. توسعه کشاورزی دانش بنیان و ارتقا شیوه های تولید و پس از تولید محصولات کشاورزی در کشور

۴. افزایش آگاهی و دانش بهره برداران از بخش کشاورزی.

۵. حفظ و بهره برداری پایدار از منابع پایه در بخش کشاورزی.

۶. دستیابی به الگوی کشت بهینه و ایجاد قطب های تولید کشاورزی.

برنامه ریزی و سیاستگذاری در جهت بهبود کیفیت و تضمین سلامت محصولات کشاورزی از طریق برنامه ریزی و سیاستگذاری به منظور:

۱. کاهش و بهینه سازی مصرف نهادهای شیمیایی در بخش کشاورزی.

۲. توسعه و پیاده سازی استانداردها در فعالیت های بخش کشاورزی.

۳. ایجاد نظام نظارت و کنترل کیفی محصولات و فرآورده های کشاورزی شامل تدوین و ابلاغ دستورالعمل های تولید محصولات کشاورزی، نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل های یاد شده از طریق شبکه ناظرین فنی و آزمایشگاههای معتمد، آموزش و ترویج روش های نوین تولید محصولات کشاورزی.

۴. افزایش حاصلخیزی خاک های کشور.

۵. توسعه تحقیقات کشاورزی و ترویج استفاده از یافته های پژوهشی در واحدهای بهره برداری کشاورزی.

سایر موارد انتظار:

۱. سامان بخشیدن به توزیع مواد غذایی مناسب مورد نیاز مردم در مناطق روستایی از طریق فروشگاه های تعاونی روستایی.

۲. ترویج باغچه های خانگی سبزی ها در مناطق روستایی به منظور افزایش دسترسی مردم به منابع غذایی ریزمغذی ها

۳. افزایش تولید محصولات غذایی حاوی ریزمغذی ها (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 حوضچه های پرورش ماهی تخصیص

۵. یارانه به منابع غذایی حاوی ریزمغذی ها از جمله انواع گوشت ها، شیر و مواد لبنی به عنوان بهترین منبع کلسیم ، ویتامین

۶. توزیع و عرضه سبزی، میوه، صیفی، حبوبات و سایر منابع غذایی ریزمغذی ها در مناطق دورافتاده کشور از طریق تعاونی های روستایی و ... به منظور افزایش دسترسی فیزیکی مردم به منابع خوراکی ریز مغذی ها

۲) وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

۱. ساماندهی و هدفمندسازی تسهیلات اشتغال زایی با تأکید بر سه دهک اول درآمدی به ویژه اشتغال زایی زنان
۲. به کارگیری سازمان های غیر دولتی (خصوصی و مردم نهاد) در راستای اجرای برنامه های کاهش فقر و توانمند سازی و تخصیص اعتبار به منظور اجرای برنامه های حمایتی مخصوص خانوارهای نیازمند جهت افزایش دسترسی مستقیم آنان به مواد غذایی سالم و مغذی
۳. اشتغال زایی زنان سرپرست خانوار و تقویت جایگاه تصمیم گیری آنان در خانواده
۴. توزیع بن مخصوص تهیه مواد غذایی بویژه مواد غذایی غنی از ریزمغذی ها در میان اقشار آسیب پذیر برای مواد غذایی غنی از ریز مغذی ها و با کسب درآمدی بالا برای خانواده های آسیب پذیر
۵. کمک به تصمیم سازی در زمینه توزیع اعتبارات فقرزدایی
۶. در نظر گرفتن اعتباراتی برای حمایت تغذیه ای اقشار آسیب پذیر
۷. شناسایی نیازهای اقشار آسیب پذیر
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 می باشد، به صورت "امکان تأمین غذای سالم و کافی" در راستای سبب 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 یارانه ها. " عنوان شده است
۹. اقدامات و برنامه های حمایتی شامل: امنیت تغذیه، بهداشت و درمان پایه، اشتغال مولد، توانمند سازی، ارتقای آگاهی های عمومی، مسکن و مدیریت مخاطرات
۱۰. کمک به فقر زدایی، تعیین خط فقر، کاهش آسیب پذیری خانواده های کم درآمد در برابر ناامنی غذایی متناسب با گروههای هدف (توانمند سازی مردم در برابر ناامنی غذایی)، ارائه برنامه های حمایتی، استفاده از منابع حاصل از هدفمند سازی یارانه ها، کمک به اشتغال زایی و ارائه بیمه های اجتماعی و خدمات درمانی
۱۱. کاهش فقر شدید به میزان ۵٪ در هر سال نسبت به سال پایه

۳) سازمان هدفمند کردن یارانه ها

. هدفمند کردن یارانه های تولید و به کارگیری و اصلاح ابزارهای قیمتی به منظور کاهش هزینه تولید و قیمت محصولات غذایی

۲. هدفمند سازی یارانه های غذایی در جهت تأمین ریزمغذی ها (سبزی، میوه، گوشت، شیر و لبنیات) در اقشار کم در آمد (دهم ۱ تا ۳)

۳. هدفمند سازی یارانه های غذایی

سایر موارد

۱. هدفمند کردن یارانه سایر بخش ها (تکمیل و به روز رسانی بانک اطلاعاتی مرتبط پرداخت یارانه به اقشار آسیب پذیر و تخصیص یارانه به بخش کشاورزی)

۲. سیاست های جبرانی (ارائه و توزیع سبد غذایی مطلوب به خانوارهای دچار فقر غذایی، اجرای سیاست های فقر زدایی تدوین شده)

۳. توانمند سازی اقتصادی خانوارها (ایجاد و تقویت گروه های خودیار و همیار محلی و اجرای رویکرد اعتبارات مالی خرد و تقویت تعاونی ها، آموزش مهارت های شغلی (توانمند سازی فردی، اجتماعی و اقتصادی)

۴. گسترش حمایت های اجتماعی (شناسایی و تحت پوشش قرار دادن مشاغل فاقد بیمه اجتماعی ؛ تهیه و تدوین لوایح اصلاحی قوانین تأمین اجتماعی و ارائه تبصره های مورد نیاز در این زمینه، وارد نمودن بسته های خدماتی)

توضیح: جمعیت هدف تحت پوشش وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به سه گروه درآمدی زیر طبقه بندی می شوند

گروه اول - جمعیت زیر خط فقر شدید

گروه دوم - جمعیت ما بین 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

۴) وزارت صنعت، معدن و تجارت

۱. بازنگری سیاست ها و فرایندهای تنظیم بازار در جهت هماهنگی با سیاست های 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 مصرف کنندگان یا حمایت از سیاست های غذا و تغذیه کشور

۴. همکاری در تدوین استانداردهای ملی مواد غذایی بر مبنای استانداردهای بین المللی نظیر کدکس و ایزو و نظارت بر آن
۵. حمایت از توسعه بخش خصوصی برای تسهیل دسترسی مناسب برای مصرف کنندگان با حمایت از سیاست های غذا و تغذیه کشور
۶. دستیابی به تکنولوژی های نوین در صنایع غذایی
۷. هماهنگی با وزارت بهداشت در اجرای پروتکل های 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 اجرایی آنها
۸. کنترل صدور بی رویه مجوز تولید محصولات غذایی کم ارزش از طریق اخذ فهرست صنایع غذایی اولویت دار از مراجع مربوطه از جمله وزارت بهداشت (به طور مثال لیست منفی ارایه دهند) به منظور حمایت از این صنایع
۹. همکاری با وزارت بهداشت، جهاد کشاورزی و سازمان ملی استاندارد در ایجاد ایستگاه های نظارت بر عرضه مواد غذایی در بازارچه های مرزی
۱۰. نظارت بر اجرای صحیح رتبه بندی و صدور گواهینامه کیفیتی عرضه کنندگان و دست اندرکاران تولید و تجارب مواد غذایی توسط اتاق بازرگانی و با همکاری اتحادیه های صنفی ذی ربط
۱۱. کنترل محصولات غذایی خارجی از طریق قاچاق وارد کشور می شوند، توسط ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز و از طریق سیستم های کد شبنم و PMS
۱۲. تدارک و تولید پرمیکس مورد نیاز برای غنی سازی مواد غذایی کشور با قیمت و کیفیت مناسب
۱۳. راه اندازی و ارتقاء سیستم و تقویت نظام 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 وزارت بهداشت در:
- * در تدوین سیاست های واردات روغن خام و افزایش سهم واردات روغن خام آفتابگردان، پنبه دانه، ذرت و کلزا نسبت به روغن خام سویا
 - * در استفاده از تکنولوژی های 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 ریزمغذی ها)
 - * در کنترل کیفیت محصولات غذایی غنی شده در کارخانه های مجری
۱۶. در ارتقا کمی و کیفی نظارت بر حمل و نقل بهداشتی روغن های خوراکی وارداتی از مبادی ورودی کشور

۱۷. در حمایت از برنامه کاهش تدریجی میزان قندهای ساده، نمک، روغن و سایر عوامل خطرزای تغذیه ای در محصولات غذایی

۱۸. در کمک به تدوین استانداردهای مربوط به واردات محلول های غذایی مورد استفاده در تغذیه بیماران بستری در بیمارستان ها (گاواژ)

۱۹. تشویق و حمایت از تولیدکنندگان داخلی مکمل های تغذیه ای مورد استفاده در تغذیه بیماران از طریق فراهم نمودن تسهیلات بانکی کم بهره، معافیت های مالیاتی و ...

۲۰. حمایت از توسعه و بهبود سیلوهای نگهداری غذای دام با همکاری جهاد کشاورزی

۲۱. حمایت از دیده بانی امنیت تغذیه و غذا و کمک به انتشار و ارزیابی گزارش های دوره ای وضعیت امنیت غذا در اقشار و استان های محروم

۲۲. کمک به عرضه مواد غذایی مرغوب

۲۳. تدارکات مخمر مورد نیاز با قیمت مناسب برای تخمیر نان و بهبود جذب ریز مغذی ها (آهن ، روی ، کلسیم)

۲۴. ایجاد و تقویت دوره های نان پزی و تربیت افراد در رشته های نان پزی در شهرستان ها

(۵) 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 فرآورده های غذایی (از جمله مواد غذایی غنی شده و فراسودمند ، افزودن ویژگی هایی نظیر کم کالری بودن ، کم نمک ، و) و بسته بندی و هماهنگ سازی با استانداردهای بین المللی 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 فرآورده های 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 شرکت های بازرسی کالا، آزمایشگاه های آزمون و دارای گواهینامه ۱۷۰۲۵ در زمینه غذایی و آشامیدنی

۶. آموزش و ترویج استاندارد سازی در واحدهای تولیدی و در سطح جامعه

۷. کاهش مخاطرات ایمنی غذا (شامل تعیین حدود مجاز باقیمانده سموم و آفت کش ها ، 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 می بایست در زمان رفع همپوشانی وظایف 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 آفت کش ها 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 استاندارد های 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 کشاورزی موظفند همکاری لازم را در اجرای بخشنامه با سازمان ملی استاندارد به عمل آورند. کلیه موارد شمرده شده می بایست در مرجع قانونی ذی صلاح رفع همپوشی شود.

۶) سازمان محیط زیست

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

۷) وزارت آموزش و پرورش، وزارت علوم، نهضت سواد آموزی

۱. گسترش سواد آموزی و آموزش دختران و زنان
۲. ایجاد مهارتهای تغذیه ای در دختران در مقاطع بالای تحصیلی به منظور اصلاح الگوی مصرف خانواده
۳. گنجاندن مطالب آموزش تغذیه در کتاب های درسی در مقطع 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 باز آموزی کارکنان آموزشی آموزش و پرورش
۶. تدوین برنامه تغذیه رایگان مدارس از نظر نوع و مقدار بر اساس 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 نوسوادان نهضت سواد آموزی

۱۱. تقویت برنامه های سواد آموزی زنان به ویژه در مناطقی که میزان بیسوادی زنان بالاست

۱۲. پیگیری وظایف کمیته شیر در مدارس و تشویق به عرضه شیرهای غنی شده در مدارس

(۸) 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

(۹) سازمان بهزیستی

۱. گنجاندن مطالب آموزشی تغذیه و رشد کودکان در دوره های آموزشی مربیان مهدهای کودک

۲. توجه به برنامه غذایی کودکان در مهدهای در روستاها (روستا مهدها) با تأمین و تدارک مواد غذایی مناسب

۳. گنجاندن مطالب آموزشی تغذیه در کتاب های آموزشی سنین پیش دبستانی

۴. بهبود تغذیه افراد در مراکز نگهداری و بازپروری معلولین و ...

(۱۰) کمیته امداد امام:

۱. اجرای برنامه های حمایتی خانوارهای نیازمند به منظور افزایش دسترسی مستقیم به مواد غذایی سالم و مغذی

۲. حمایت از کودکان خانوارهای نیازمند که به دلیلی فقر دچار سوء تغذیه شده اند از طریق کمکهای غذایی و درمانی

۳. تأمین بسته غذایی اقشار آسیب پذیر ، این بسته بر اساس سبد غذایی مطلوب تعریف می شود.

۴. تقویت اجرای طرحهای خودکفایی خانوارها (قالب بافی، خیاطی، پرورش دام و طیور و ...) به منظور افزایش درآمد خانوار

۵. حمایت از کودکان و ... ساکن در مناطق ویژه اجتماعی و سکونت گاه های غیر رسمی

۱۱) صدا و سیما، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و شهرداری ها :

۱. پخش رایگان فیلم و تیزرهای آموزشی تغذیه
۲. همسویی اهداف برنامه های آموزشی و تبلیغات محصولات غذایی با سیاستهای سلامت در وزارت بهداشت در زمینه تغذیه
۳. همکاری در اجرای سیاست جامع 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 آموزشی غذا و تغذیه.
۵. چاپ رایگان پیام های تغذیه ای در رسانه های نوشتاری، بدنه اتوبوس ها، تابلوهای تبلیغاتی، بلیورد 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 سریالها با اولویت امنیت غذا

۱۲) وزارت نیرو

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

۱۳) 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 شیر و مواد لبنی
۳. تعیین ردیف اعتباری برای اجرای برنامه ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه
۴. تغییر گروه هدف یارانه و اختصاص یارانه منحصراً 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 و مادران باردار) 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 (functional food)

۹. حمایت از صنایع غذایی (از جمله آرد، شیر، روغن، بیسکوئیت، کیک، کلوچه و ...) برای غنی سازی محصولات غذایی با ریزمغذی ها بصورت تخصیص یارانه

۱۰. گنجاندن مطالب آموزش تغذیه در دوره های آموزش ضمن خدمت کارکنان بخش های مختلف و برگزاری دوره های آموزشی و بازآموزی توسط کلیه وزارتخانه ها، ادارات، سازمان ها و کارخانجات برای کارشناسان مسئول تغذیه شاغل به خدمت در همان سازمان ها.

پیوست سوم

الف) تکالیف و انتظارات از صنایع غذایی برای ارتقای وضعیت تغذیه و امنیت غذایی:

۱. بازبینی استانداردهای موجود در جهت تولید فرآورده های حامی سلامت
۲. تولید محصولات حامی سلامت مطابق با ضوابط استانداردهای تدوین شده
۳. کاهش میزان قند، نمک، چربی اشباع و اسید چرب ترانسدار 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 تغذیه ای محصولات غذایی
۵. اجرا و رعایت برچسب گذاری غذایی در محصولات غذایی با توجه به مشخصات محصولات
۶. ایجاد تغییر و تنوع در سیستم بسته بندی مواد غذایی با توجه به مشخصات محصولات
۷. تولید محصولات غنی شده مطابق با سیاست های سلامت تغذیه ای

ب) انتظارات از خانواده ها و شهروندان برای بهبود تغذیه

۱. در برنامه غذایی روزانه همواره از پنج گروه غذایی اصلی (شامل گروه نان و غلات، سبزی ها، شیر و لبنیات، گوشت و حبوبات و تخم مرغ) استفاده شود. لازم است نیازهای تغذیه ای اعضا، خانوار مورد توجه قرار گیرد.
۲. به هنگام خرید محصولات غذایی برچسب تغذیه ای آن ها به دقت خوانده شود.
۳. میوه و سبزی به صورت روزانه و بر اساس توصیه های "راهنمای غذایی ایرانیان" در سبد غذایی گنجانده شود.
۴. شیر و لبنیات به صورت روزانه مصرف شود و از مصرف شیر و لبنیات پر چرب خودداری شود.
۵. برای تهیه و طبخ غذا از حداقل روغن مایع استفاده شود.
۶. از غذاهای سرخ کرده استفاده نشود و غذاها با روش های سالم تر مانند آب پز و بخارپز طبخ شود. به هنگام سرخ کردن غذاها از روغن مخصوص سرخ کردن استفاده شود.

۷. مصرف غذاهای آماده و فوست فودها محدود شده و از غذاهای خانگی بیشتر استفاده شود.

۸. بهتر است مصرف نوشابه های گازدار را به حداقل رسانده و آن را با نوشیدنی های سالم مانند دوغ کم نمک و بدون گاز جایگزین کرد.

۹. از غلات سبوس دار مانند نان های سبوس دار، ماکارونی سبوس دار و ... استفاده شود.

۱۰. مصرف نمک، قند و شکر را محدود کرده ، در صورت امکان از قند و شکر تصفیه نشده (شکر قهوه ای) استفاده شود. از جایگزین هایی مانند توت خشک، کشمش و خرما هم میتوان استفاده کرد. نمک مصرفی باید دیدار تصفیه شده باشد.

۱۱. در مصرف گوشت قرمز باید اعتدال را رعایت کرد. گوشت سفید به خصوص ماهی و میگو در سبد غذایی حتماً گنجانده شود. از حبوبات و تخم مرغ که منبع خوبی برای تأمین پروتئین می باشد، بیشتر استفاده شود.

۱۲. ضرورت تحرک و ورزش روزانه حداقل به مدت نیم ساعت به عنوان مکمل تغذیه سالم

پیوست چهارم

تفاهم نامه همکاری بین بخشی وزارت خانه ها و سازمان های متولی و مسئول در تغذیه و امنیت غذا

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 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 ها یعنی عواملی خارج از وجود انسان و دست ساخت بشر دارد . لذا با توجه به بند ۱۹ سیاست های کلی برنامه پنجم توسعه اقتصادی و فرهنگی کشور مبنی بر «تأکید بر رویکرد اسنان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به یکپارچگی در سیاستگذاری ، برنامه ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی» ، بند ب ماده ۳۶ قانون برنامه پنجم توسعه که "سیاستگذاری، 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 "سیاستگذار و ناظر عالی سلامت در کشور" و همچنین فرمایش موکد مقام معظم رهبری در اول فروردین ماه ۱۳۸۹ که «مسئله ی سلامت، هم در برنامه پنجم باید مورد توجه ویژه قرار بگیرد، هم در برنامه ریزی های گوناگون اجرائی 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 اسلم 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 از برنامه جامع سلامت 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 نهادینه سازی همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم، ضمن بهبود دسترس فیزیکی و اقتصادی عادلانه به غذا، نشانگرهای کم خوری، پرخوری، بدخوری 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 ارتقاء 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 آغاز زندگی، سیاست ها و راهنماهای غذا و تغذیه، ارتقای سواد و فرهنگ 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 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، برچسب گذاری محصولات غذایی، ارتقای سطح ایمنی و کاهش عوامل خطر زای 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 استانداردسازی 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 غذا

۸- **اتاق بازرگانی:** تدوین و استقرار برنامه مشارکت و حمایت بخش خصوصی در ارتقای تغذیه و امنیت غذایی کشور

۹- **شورای عالی استان ها:** تدوین و استقرار برنامه مشارکت و حمایت شوراهای اسلامی شهر ها و روستاها در ارتقای تغذیه و امنیت غذا کشور

ماده سوم) شرایط اجرای تفاهم نامه

۱. طرفین تفاهم نامه حداکثر یک ماه پس از امضای آن رابط تغذیه و امنیت غذای دستگاه را به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور معرفی می نمایند.

۲. به منظور تسهیل ارتباط بین بخشی و دستیابی به اهداف تفاهم نامه لازم است رابط دستگاه حداقل دارای مدرک کارشناسی ارشد، علاقه مند 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 کمیته پایش بین بخشی 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 ردیف های بودجه ای دستگاه ها و منابع تخصیصی ویژه اقدامات سلامت محور توسعه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور خواهد بود، به همین منظور ضرورت دارد نماینده بودجه دستگاه ها 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 ارایه می شود.

۶. مسئولیت حسن اجرای این تفاهم نامه بالاترین مقام مسئول در دستگاه و سازمان است.

وزیر صنعت، معدن و تجارت وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی وزیر جهاد کشاورزی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

رئیس سازمان ملی استاندارد ایران رئیس شورای عالی استان ها رئیس سازمان صدا و سیما رئیس اتاق بازرگانی