

سند ملی تغذیه و امنیت غذایی (۱۳۹۹-۱۳۹۱)

دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

چکیده

تغذیه مناسب برای سلامتی بهینه ضروری است. سیاست‌ها و برنامه‌های دولت که با هدف توسعه سلامت تدوین می‌شوند لازم است در برگیرنده تدارک غذای سالم و مناسب بوده و به لحاظ اقتصادی و اجتماعی برای سرپرست و آحاد خانوار قابل تامین و قابل دسترسی باشد. به استناد اسناد بالا دستی به ویژه اهداف برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور تدوین شده است. طراحی این سند مطابق تعاریف امنیت 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 حمایت 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 تاثیر 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 تاکید 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 جز مناطقی 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 درون 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 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 یگذار 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 شیرمادر که در بهبود شاخص تولد نوزاد کم وزن و کاهش بیماری های کودکان موثر 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 عوارض 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 غیرواگیر متعاقب آن به ویژه سکنه های قلبی و مغزی، فشارخون، دیابت و سرطان ها موثرند.

پیام پنجم) 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 فست قهوه، چربی و روغن زیادتر از میزان های توصیه شده در سبد 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 پوشانی های وظیفه ای در توالی گری نظارت و کنترل یکپارچه بر ایمنی غذایی از تولید تا عرضه وجود دارد که در نهایت موجب اتلاف منابع و کاهش کیفیت نظارت است

پیام هفتم) 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 ارتقاء 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، وزارت جهاد کشاورزی (و سازمان زیر مجموعه)، وزارت صنعت معدن 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 درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، تشکیل کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی ذیل شورای عالی برای پایش عملیات سند، انعقاد 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.

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

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



- ۱- بیماری‌هایی که در اثر تغذیه ناکافی ایجاد می‌شوند نظیر کمبود ریز مغذی ها
 - ۲- بیماری‌هایی که در نتیجه تغذیه بیش از حد ایجاد می‌شوند نظیر بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان ها، چاقی، دیابت، سنگ‌های صفراوی، پوسیدگی دندان و بعضی بیماری‌های گوارشی
- امنیت غذایی و امنیت تغذیه ای** که دو واژه متفاوت و مکمل است از **عوامل اجتماعی** موثر بر سلامت محسوب می‌شوند. ناامنی غذایی و تغذیه‌ای علاوه بر تاثیر بر جسم، تبعات اجتماعی و روانی نیز دارد. به طور سنتی تغذیه با مسایلی نظیر وجود کمبود مواد مغذی شامل انرژی، پروتئین، ویتامین‌ها و مواد معدنی ارتباط دارد. **غذا مصداق عینی موضوع راهبردی** است که تحت تاثیر هر شش عامل بیرونی شامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی،

فن آوری، بین المللی و اکوسیستم می‌باشد. به همین دلیل امروزه بر نقش همکاری‌های بین بخشی در برنامه های ارتقای تغذیه و امنیت غذایی تاکید می‌شود به عبارت دیگر روش های رایج برنامه ریزی بخشی، جوابگوی معضلات به هم تنیده تغذیه و غذا نیست.

با اینکه در سال‌های گذشته برنامه ریزی‌های 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 می‌آورد 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 (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 می‌رود 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 سند تغذیه و امنیت غذایی کشور چیست ؟

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

مراحل	خروجی ها
۱ تدوین سند ملی	گزارش شناخت شامل بررسی متون و اسناد، تحلیل شاخص ها، تحلیل نظام مدیریت تغذیه و امنیت غذایی و برنامه های موجود (و نظرات 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 راهبری)
۲ حمایت طلبی برای تصویب	سند مصوب و ابلاغ شده، تشکیل کمیته پایش عملیات بین بخشی، اطلاع رسانی رسانه ای
۳ توانمندسازی محیطی و تدوین عملیات ستادی و استانی	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 (۱۳۹۱-۱۳۹۹) 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

خلاصه یافته‌ها

۱) بانک جهانی بزرگترین تامین کننده مالی جهان برای برنامه های تغذیه است ، از دیدگاه بانک مهم ترین مانع برای استفاده موثر 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 : منظر جهانی در سال ۲۰۰۷ که در واشنگتن آمریکا برگزار شده است ، در بیانیه خود به اهمیت تغذیه و امنیت غذایی در پیشگیری از سرطاناتکید 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 سویی 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 خوری 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 سیاستهایی 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 خوارک 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، مکملهای فولات و آهن در زنان در سیاست های ملی همه کشورها وجود دارد.
 - کمتر از یک سوم کشورهای عضو، 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 اسید فولیک 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 پیدار 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، سازوکارهای هماهنگی در وزارت بهداشت وجود دارد و دروندادهایی از بخش های آموزش، کشاورزی، غذا و رفاه اجتماعی دارند.
 - کشورهای محدودی در آسیای جنوب شرقی گزارش کرده اند که سازوکارهای هماهنگی در زیر مجموعه نخست وزیر و دفتر رئیس جمهوری قرار دارد. قدرت اینها، معمولاً محدود به تخصیص مسئولیت ها و ندرتاً کنترل بودجه هاست.
 - در اغلب مناطق سازمان جهانی بهداشتی اسناد 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 های گردآوری داده های تغذیه ای و همچنین مکانیسم های پایش و ارزشیابی را مستقر کرده اند.
 - اغلب کشورها 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 های و ریزمغذی های خاص یا عوامل خطر بیماری های غیرواگیر مورد توجه هستند.
 - اغلب اسناد سیاستی تغذیه ای سازوکار پایش و ارزشیابی دارند و اکثر کشورها نهاد مسئول برای این فعالیت دارند.
- ۴) در یکی از مقالات علمی منتشر شده به اهمیت کیفیت درک عمومی از پیام های تغذیه و غذا تاکید 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 تاکید دارد ، ساز و کار هماهنگی عملیاتی در درون 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 تامین آب بهداشتی هنوز در مورد کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و زیر 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 در سال ۲۰۰۸-۲۰۰۷ ۱۰۵ میلیون نفر و در افزایش سال ۲۰۱۱-۲۰۱۰ ۴۸/۶ میلیون نفر زیر خط فقر افتادند یا مانند 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 رهاکردن مدارس توسط کودکان برای کمک به ایجاد درآمد در خانواده و به علت هزینه های بالا و غیرقابل 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 تاثیر 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) :

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 مولفه های مرتبط
۵. تقویت تغذیه و ایمنی غذا در بخش سلامت
۶. پایش، ارزشیابی و تحقیق

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

- ✓ نقش تولیتی وزارت بهداشت مورد تاکید 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 و 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، چارچوبهای تنظیمی (قانون گذاری، تنظیمات، دستورات، عهد نامه ها) و سنجه های مالی و ...

■ ایجاد گفتگو و شراکت با سایر ذی نفعان

■ تخصیص منابع

■ پایش استقرار و پاسخگویی

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 کیفیت رژیم بسیار وابسته به درآمد است لیکن انتخاب های رژیمی پیوسته در گروه های پردرآمد تحت تاثیر نیروهای اقتصادی هستند. توسعه سواد تغذیه ای در جمعیت به عنوان اولیوی که نه فقط برای کنترل سوء تغذیه بلکه برای پیشگیری از همه گیری بیماری های مزمن مرتبط با چاقی ضروری است. (۸)

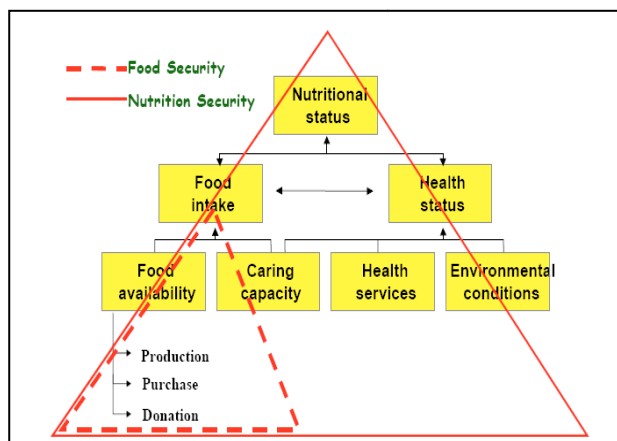
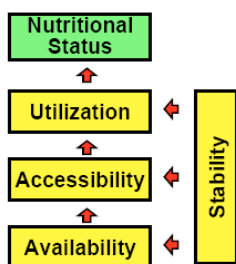
۹) در پی برگزاری کنفرانس جهانی تغذیه (م، ۱۹۹۲) دستور عمل تدوین برنامه عملیاتی تغذیه به این شرح تدوین شده است که گردهم آوردن وزارتخانه ها، سمن ها، دانشگاه ها، بخش خصوصی و رسانه ها؛ تدوین برنامه کار و پیش بینی بودجه؛ فراهم ساختن امکان مشارکت گسترده افراد و سازمان هایی که در باره موضوع نقش کلیدی دارند؛ تضمین مشارکت موثر کشوری در سطوح استانی و شهرستانی برای پی گیری عملیات؛ و در صورت ضرورت همکاری با سازمان های کمک برای تامین 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 ریز مغذی ها؛ ارزیابی، تحلیل و پایش وضعیت تغذیه؛ پیش گیری از بیماری های عفونی و درمان آنها؛ 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 نتایج تحلیل های سلامت عمومی کم رنگ است و ارزشیابی پیامدهای مرتبط با سلامت اتفاق نیافتاده است، راهنماهای تغذیه ای وجود نداشته و فعالیت منابع 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 آنها 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 که حاوی استانداردها و اصول و روش های کاربردی آنها می باشند با نگرش تقویت عدالت اجتماعی و توزیعی تدوین شود، کار کردن با صنایع غذایی و نحوه نظارت و ارزیابی آنها مشخص شود، بطور منظم هزینه های غذایی مورد پایش قرار گیرد. بین نهادهای غیردولتی 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 غیردولتی با حمایت مالی دولت، تهیه و ارائه شود. (۱۰)

Figure 4: Food Security and Nutrition



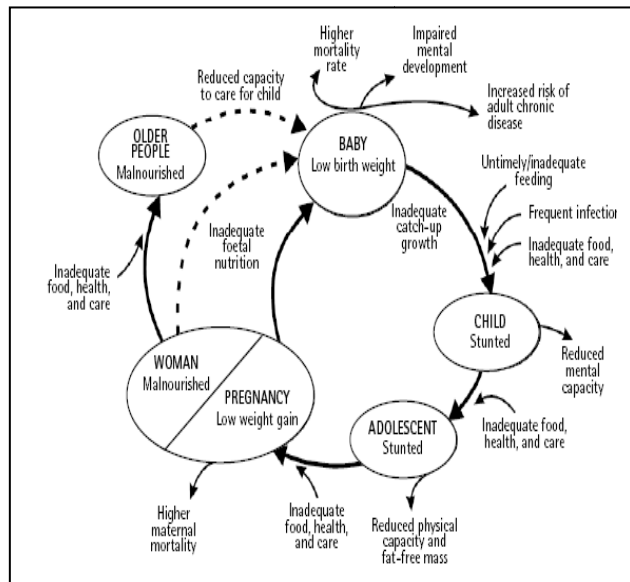
۱۱) امروز تعریف امنیت غذایی عبارت است از اینکه غذای کافی (کمیت، کیفیت، ایمن، مقبول بودن از نظر اجتماعی-فرهنگی)، فراهم و در دسترس باشد و پس از استفاده موجب رضایت خاطر تمام افراد، در تمام اوقات شود تا بتوانند زندگی سالم و شادی داشته باشند بنابراین در تعریف امروزی امنیت غذا سه عبارت فراهمی، دسترسی و بهره 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 رجحان غذایی و نیازهای مربوط به رژیم غذایی را برای یک زندگی سالم و فعال برآورده میسازد.

۲. **ایمنی 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 جذب و بهره مندی موثر سلولی. غذاهایی که رجان غذایی و نیازهای مربوط به رژیم غذایی را برای یک زندگی سالم، فعال و شاد برآورده میسازد.

(۱۲) مرکز بین المللی تحقیقات سیاست غذای آمریکا در گزارش سال ۲۰۱۱ شوک های شدید آب و هوایی بویژه موارد انسان-ساخت، ناپایداری قیمت مواد غذایی، بروز قطعی بخاطر جنگ و ناآرامی، سوخت های زیستی (Biofuels)، حضور بازیگران جدید (بخش خصوصی، سازمان های بشردوستانه، سازمانهای 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 تاثیر 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 بدلیل بیداری اسلامی (بهار عربی) کشورهای این منطقه را از منظر غذایی ناامن می سازد. (۱۲)

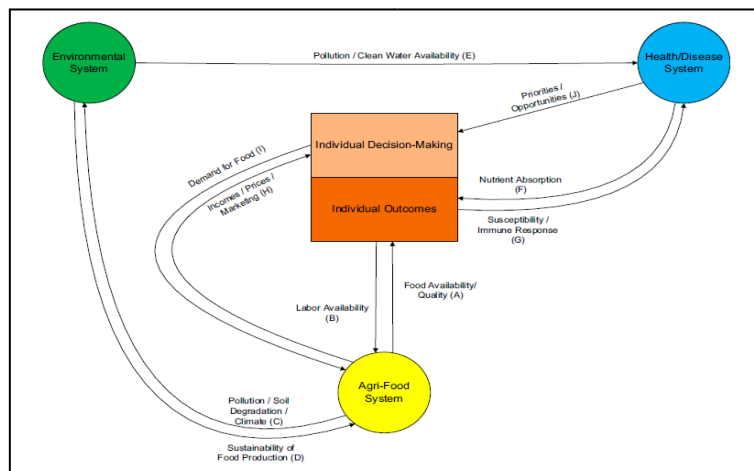


(۱۳) کلنر (Klenner - 2011) در کتاب خود بطور جامع تعریف، علل و عوامل، آثار مثبت و منفی، سطح بندی، مکانیسم اندازه گیری و ارزیابی و شاخص های ارزیابی امنیت غذا و تغذیه را مورد بررسی قرار می دهد از جمله اینکه به پاره ای از هشدارها می پردازد: (۱۳)

- گرسنگی و عواقب آن سالانه سبب مرگ بیش از ۴۰ میلیون نفر در دنیا می شود. که ۱۳ میلیون نفر آنها 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، ۱.۶ میلیارد نفر کمبود ید و ۲۳۰ میلیون نفر کمبود ویتامین آ)
- ۹۰ درصد مردم گرسنه دنیا از ناامنی غذا و تغذیه رنج می برند. که علت عمده آن به جهت نواقص ساختاری (و مدیریتی) در کشورهایشان 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 ناامنی 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 تامین (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

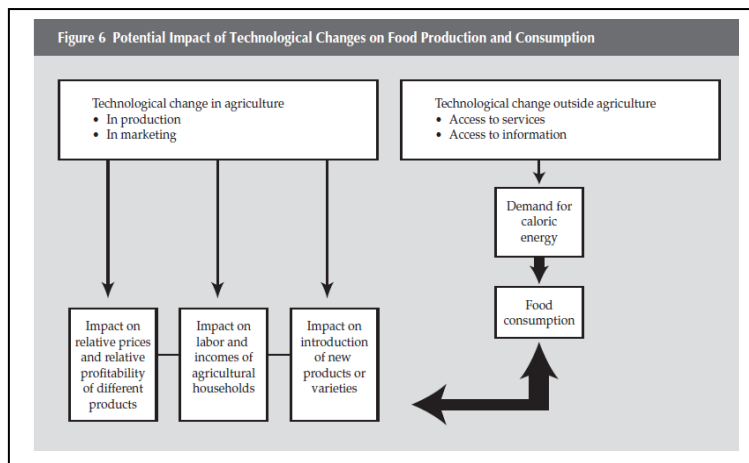
(۱۵) بانک جهانی در گزارش سال ۲۰۰۷ خود با عنوان از کشاورزی تا تغذیه، اثرات تکنولوژی در بخش کشاورزی و خارج از آن را بر امنیت غذا و تغذیه ترسیم می کند: (۱۵)

عامل فن آوری بدلیل تاثیر 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 میتواند 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 میتواند 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 شیوه 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 بيو سوخت که به تنهایی مهمترین علت افزایش قیمت مواد غذایی در سالهای 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 میدانهای نفتی، بیانگر افزایش واکنشی قیمت انرژی پس از اتمام رکود اقتصادی و افزایش قیمت مواد غذایی پدنیال 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 کشورهایی زندگی می کنند که به طور مزم 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 می کند به نحو بارزی گرانقیمت خواهد بود.

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

در این گزارش پنج مداخله برای کشورهای درحال 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: صرف 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 مدلهای 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 ساختها، شبکه های ارتباطی که دسترسی به آخرین قیمتها را برای کشاورز امکان پذیر می سازد، و ظرفیت پاسخگویی به استانداردهای عرضه در سوپر مارکتها)، 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 ونیم میلیارد نفر در خانواده هایی زندگی می کنند که به کشاورزیهای کوچک وابسته اند. در حالیکه بحث پیرامون حمایت از کشاورزیهای کوچک در نتیجه ارتباط رما تیک آن با کشاورزی روستایی به کج راه 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 فقیر قیمت بالای مواد غذایی با استفاده از یارانه ها یا نظارت بر قیمتها کنترل می شود. هر دو رویکرد هزینه ساز است: در حالت اول کشاورزان بودجه دولت را به ورشکستگی میکشانند 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 فعالیتهای جمعی را در بحرانها هماهنگ کند و بالاتر از همه سامانه پاسخ فوری بر مبنای ذخایر نفت استراتژیک در برخی از کشورها بنا نهاده شد. اکنون نیز کار مشابهی برای غذا باید انجام شود.
- ۷- بهبود حمایت های فنی به صورت توافق نامه های دراز مدت برای امنیت تجهیزات: روند موجود در مهمترین کشورهای واردکننده مواد غذایی مانند چین، کره جنوبی و تعدادی از کشورهای خلیج فارس برای یافتن قراردادهای 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 زمینهای قابل کشت خود را برای ۹۹ سال به کره جنوبی اجاره داده است و به جز ایجاد اشتغال در مزرعه ها هیچ جبران دیگری در ازای آن دریافت نمی کند.) با این حال این توافق نامه ها باید برای هر دو طرف سود مند باشد، یعنی به کشورهای وابسته به واردات اجازه می دهد امنیت غذایی خود را افزایش دهند و در همان زمان سرمایه و زیر ساختهای مورد نیاز و آگاهی از عملکرد کشورهای دارای ظرفیت تولید بالا را به همراه می آورد. برای حرکت در مسیر این سناریو ها کشورهای در حال توسعه در ریزنی برای این قراردادهای پیچیده و خلاقانه به کمکهای فنی نیاز دارند. لازم است کشورهای اهدا کننده به فوریت برای ارائه چنین توصیه هایی اقدام کنند.
- ۸- آزاد سازی کشاورزی در کشورهای توسعه یافته: هرچند آزادسازی کشاورزی در کوتاه مدت ممکن است با افزایش قیمتها همراه شود، حقیقت این است که اصلاح در حمایت از کشاورزی در ایالات متحده و وسیاستهای مشترک کشاورزی اتحادیه اروپا برای بهبود امنیت غذایی در کشورهای فقیر ضروری است، سیاست کشورهای توسعه یافته در دادن یارانه برای تولید محصولات کشاورزی و سپس صادرات آن در نظام تجارت جهانی، به صورت ساختاری به ضرر کشورهای در حال توسعه بوده و ظرفیت بخش کشاورزی آنها را برای رقابت از بین می برد، بر همین منوال کشورهای توسعه یافته باید به صورت نقدی به کشورها در زمینه مواد غذایی کمک کنند به جای کمک به صورت مواد غذایی (فرمی از کمکهای 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 غذایی جهانی همراه باشد. اما پس از شوک اخیر در در داد و ستد کشاورزی ، (پس از آنکه محدودیت صادرات در بیش از ۳۰ کشور دنیا اجرا شد) بیشتر دولتها 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 دنیاست اما تنها دلیل نیست. تحلیلگران بانک جهانی و صندوق بین المللی پول معتقدند بپوشختن یکی از مهمترین (اگر نگوییم مهمترین) دلایل افزایش قیمت مواد غذایی در سالهای اخیر است.

۱۷) کنسرسیوم حقوق غذا و تغذیه در سال ۲۰۱۰ در گزارش خود آورده است که مشکل گرسنگی ناشی از سیاستهای بین المللی ویا 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 انسانها حفظ شود، تضمین نمی کند. با وجود افزایش شهرنشینی اکثریت افراد گرسنه هنوز در روستاها زندگی می کنند؛ ۵۰ درصد آنها کشاورزان خرده پا و ۲۰ درصد کارگران کشاورز فاقد زمین هستند. ۲۰ درصد ساکن شهرها و ۱۰ درصد باقیمانده مشاغل مانند ماهیگیری دارند که بازهم 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 می کنند امری ضروری است. دولتها باید در زمینه نظارت بر بخش خصوصی و موسساتی که حق دسترسی به غذای کافی را پامال 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 معمولا بیشترین اثر را بر گروههای آسیب پذیر دارد، برای مثال مادران شیرده گروهی هستند که در این بحرانها به میزان بیشتری دچار سوء تغذیه می شوند و باید دقت کنیم که رژیم غذایی کودکان کوچک معمولا متاثر از رژیم غذایی مادران آنهاست. بحران غذا سبب می شود قدرت خرید خانواده در تامین مواد غذایی و تنوع مواد غذایی در سفره آنها کاهش یابد. این کنسرسیوم مداخلات زیر را پیشنهاد می کند: (۱۷)

- تخصیص یارانه به خدمات سلامت عمومی جهت گروههای آسیب پذیر
- برقراری مجدد درآمد خانواده ها به ویژه اعضای مونث خانواده که ارتباط بیشتری با تغذیه دارد
- اطمینان از اینکه مداخلات بخش خصوصی سبب محرومیت جامعه در دسترسی به زمین و ائتلاف منابع طبیعی نمی شود
- بازبینی سیاستهای ملی و بین المللی برای حفظ دسترسی افراد به زمین
- سرمایه گذاری متمرکز در زمینه سلامت و تغذیه در زمینه اولویتهایی که با مشارکت خود مردم تعیین شده اند
- پایش مداوم وضعیت جهانی امنیت غذایی و وضعیت تغذیه در سطح ملی و محلی
- ایجاد سازو کارهای حمایتی برای کودکان بی سرپرست به طور خاص و حمایتی اجتماعی عمومی

۱۸) دپارتمان کشاورزی آمریکا در سال ۱۹۹۵ اندکس رژیم غذایی سالم (HEI) را به عنوان ابزاری برای سنجش کیفیت رژیم غذایی معرفی کرد که پیروی از دستور العمل کشوری برای رژیم غذایی را ارزیابی می کند. اندکس HEI 2005 ابزار استاندارد است که در پایش مداخله و پژوهش می توان از آن استفاده کرد. (۱۸)

۱۹) وزارت غذا و کشاورزی ایتالیا در سال ۲۰۰۳ مجموعه ای از ویژگی های لازم برای موفقیت برنامه های 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 حمایت کننده ای 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 چرا که امضاء کننده تعدادی از اعلامیه های غذایی یا مرتبط با تغذیه بوده اند. این اعلامیه ها کمک کننده هستند اما به خودی خود به معنی وجود حمایت های لازم نمی شوند. 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 تاکید گردد:
 - تغذیه به عنوان نشانگری که خروجی توسعه ملی است، و بهبود تغذیه به عنوان بخش اساسی فرایند توسعه.
 - تغذیه و امنیت غذایی به عنوان یکی از حقوق پایه ای همه انسانها؛
 - چهارچوبی مفهومی که نشان دهنده مسیر چندبخشی بهبود وضعیت تغذیه ای، و به تبع آن لزوم همکاری بین بخشی باشد.
 - نقش بخش های مختلف در فراهم آوردن خدمات پایه ای کیفیت مناسب (سلامت، کشاورزی، آموزش) برای تمامی جمعیت، و اینکه این موضوع چه سهمی در بهبود تغذیه دارد.
 - نقش و سهم اجتماع و ماهیت مشارکت اجتماعی؛
 - چگونه تمرکززدایی می تواند در ایجاد رابطه بین یک رویکرد بالا-پایین و یک رویکرد عمومی (grassroots) سهیم باشد.
- مستقر ساختن چنین کمپین رویت پذیر و متقاعدکننده ای نیازمند زمان و منابع و شاید پشتیبانی چهره های مهم سیاسی است. یک رویکرد بدیل این است که کمکهای مالی قابل ملاحظه ای برای یک برنامه عمده تامین 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 پروژه ای آزمایشی به اجرا درآورده ای و نمونه ای موفقیت آمیز (success story) ارائه دهیم: یک تاثیر بزرگ، پروژه ای بسیار آبرومند که بتواند مثالی باشد از آنچه باید انجام گیرد. صرف نظر از اینکه کدام رویکرد انتخاب شود، برای آنکه بهبود تغذیه به گونه ای بادوام حاصل گردد لازم است که محیطی با یک خط مشی کلان ایجاد گردد.
- دستیابی به مشارکت اجتماع: برای دستیابی به یک مشارکت واقعی هیچ راه میان بری وجود ندارد، هم اکنون راهبردهای متعدد منتشر شده ای در خصوص روش شناسی مشارکت اجتماع موجود می باشد. راهنمایی گرفتن از آنها لازم است. دستیابی به مشارکت واقعی فرایندی کند و گام به گام است و گاهی لازم می شود که گامی هم به عقب برداشته شود. احتمالا بهترین رویکرد یک رویکرد عملگرایانه است: آغاز کردن از همان چیزی که وجود دارد، بنا نهادن آن و به تدریج شکل بخشیدن به آن، به گونه ای که از یک سطح به سطحی بالاتر برسیم. ممکن است در یک اجتماع با موفقیت و در اجتماعی دیگر با شکست مواجه شویم، و این گاه نشان دهنده سطح اولیه توسعه یک اجتماع، گاه نشان دهنده ناهمگونی یا همگونی آن، منابع در دسترس آن، انزوای جغرافیایی، یا کیفیت و انگیزه رهبران آن و نهایتا 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 هرچیز 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 آموزشهای تکنیکی نیز به این شخص ارائه شود، اما جنبه مهمتر آموزش این است که شخص یاد بگیرد که چه زمان و از کجا کمک تکنیکی دریافت کند. یک جزء مهم دیگر از برنامه آموزشی می بایست یادگیری نظارت و انگیزه بخشی به داوطلبین اجتماع باشد.

■ **داوطلبین (یا کارگران) اجتماع :** داوطلبین اجتماع اعضایی 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 آنها کار می کنند اعانات غیرنقدی 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 نشان دادن به دستاوردها تقویت کرد. یک سیستم نظارت مشارکتی به خودی خود بازخوردی به اجتماع ارائه می دهد، اما به همان اندازه مهم است که بازخوردی به اجتماع داده شود که آن اجتماع بتواند پیشرفت و کوشش های خود را (مثلا 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 آنها در زمینه تغذیه آموزش دهیم بی معنی است. همچنین، در شرایطی که به خاطر اسهال یا ابتلا، به انگل، یا اتلاف شدید مواد مغذی مواجهیم، فراهم آوردن مکمل های غذایی اقدامی تجملاتی است. به طور سنتی آموزش تغذیه و سایر فعالیت های 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 کیفیت رژیم غذایی تاکید داشته باشد؛ یک رژیم غذایی که از نظر انرژی و پروتئین و همچنین ریزمغذی ها (micronutrients) کافی باشد.

■ **تحقیقات تغذیه ای** فرایندی مستمر است؛ هر روزه یافته های جدیدی منتشر می شود. یکی از مشکلات مشترک بسیاری از برنامه های تغذیه ای، بخصوص آنهایی که سالها 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 کاملا 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 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 تعدیلهایی در استراتژی برنامه هدایت کند و کارکنان برنامه را از آنها مطلع نگه دارد تا آنها نیز بتوانند بهترین مشاوره ها را به اجتماع ارائه کنند. این تاکید 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 دو این شرایط سیستم های ارزیابی داشته باشند، تا به این ترتیب بتوان از هدف گیری ها و استراتژی های مناسب بهره برد. برنامه مکزیک 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 غیرواقعی 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 اپیدمیک غیرممکن یا نامحتمل است.

■ **برآورده ساختن نیازهای منابع :** یک برنامه تغذیه ای موفق اجتماع-محور نیازمند منابع بسنده انسانی، فیزیکی و مالی است. همانطور که صراحتا یا تلویحا در بسیاری از قسمتهای 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 فکر استراتژی روشنی برای جایگزین کردن آنها در اسرع وقت با اشخاصی از اتباع همان کشور بود. این مستلزم ترکیبی است از آموزش رسمی (تحت همان برنامه یا در 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. عموما در برنامه های تغذیه ای تقاضا برای منابع فیزیکی چندان زیاد نیست و می توان با سهیم شدن در منابع سایر بخش ها (سلامت، کشاورزی) آن را برآورده کرد. منابع مالی، برای کشورهای فقیر یک محدودیت عمده است و بیشتر اوقات جز روی آوردن به اعانات خارجی بدیلی برای آن وجود ندارد. در صورتی که چنین باشد، لازم است که یک برنامه زمانبندی متقابلا 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 تغییریابنده تغذیه، به انعطاف پذیری نیاز است. اساسا 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 مد نظر داشته باشند. جهت گیری ها و تبعیض های جنسی، فرهنگ، و تنوع جغرافیایی و قومی نیز عوامل مهمی هستند که می بایست به هنگام وضع اهداف مد نظر قرار گیرند.

آینده برنامه ریزی تغذیه ای چالش های خاص خود را خواهد داشت، که برخی از آنها خارج از کنترل تغذیه شناسان و برنامه های آنها هستند، اما همه آنها مستلزم انعطاف پذیری 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 تبدل مشکلات تغذیه ای (nutrition transition):** برخی از کشورها تغییری را در نمایه مسائل تغذیه ای تجربه می کنند یا 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 اپیدمیک 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 محدودی از آنها نیاز به تغییر در برنامه های سلامت و تغذیه را، که عمدتاً هنوز متوجه نوزادان، کودکان و زنان باردار است، مد نظر 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 تامین اجتماعی اکثراً نابسندۀ اند و پشتیبانی ای که به طور سنتی در خانواده های بزرگ وجود داشت با سر گرفتن مهاجرت ها، اپیدمی ایدز و گرایشی که به خانواده کم جمعیت تر بوجود 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، با شهری سازی عظیم و پیچیدگی مسائلی که این شهری سازی با خود به همراه دارد مواجه گشته اند. نیاز فوری به ایجاد استراتژی های موثر 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، تمرکز زدایی بیشتر از یک تغییر ظاهر صرف است و این به خودی خود مسائلی را پیش می آورد بخصوص در ارتباط با دسترس پذیری (و مهار) تامین مالی در سطح محلی. تمرکززدایی از بسیاری طرق به یک رویکرد عمومی کمک رسانده و از آن پشتیبانی می کند، و به این ترتیب دستیابی به مشارکت اجتماع آسانتر خواهد شد. اما مشکلاتی را نیز بوجود می آورد، بخصوص اینکه 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 ریز تغذیه است این است که گام به گام با این پیشرفتها همراه باشد، توانایی ارزیابی اعتبار علمی آنها را داشته باشد، و مطابق با آن جرح و تعدیل هایی در برنامه اعمال کند. در حوزه کشاورزی تکنولوژی های جدیدی ابداع شده است، برخی نظیر روش کیوسونگوال (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 آنها و توسعه و ترویج شان صورت گرفته است. اینها احتمالاً نتایج ضمنی عظیمی برای آینده دسترس پذیری غذا و تغذیه خواهند داشت.
- ۶- **شراکت های جدید :** به طرز روزافزون گرایشی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته در حال شکل گیری است، مبنی بر اینکه آنچه که پیشتر بخشی از حوزه دولتی دانسته می شد به بخش خصوصی واگذار گردد. بسیاری از جنبه های مراقبت از سلامت به شرکتهای 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 فرایند مصون نیستند. همگی آنها شراکتهایی برقرار کرده اند، اکثراً با سازمان های مردم نهاد اما برخی شان شراکتهایی با بخش خصوصی نیز دارند. همچنان که دانشگاه ها و موسسات تحقیقاتی نیز انحصار سنتی شان را کنار گذاشته و به حوزه توسعه پا می گذارند شراکتهای آکادمیک نیز به طرز روزافزونی پا می گیرند. سو، تغذیه مانعی بر سر توسعه است و حضور آن نشان می دهد که نیازهای پایه ای زیست شناختی برآورده نشده اند. آنچه به عنوان سو، تغذیه شناخته می شود نه فقط نتیجه غذای ناکافی یا نامناسب بلکه پیامد شرایط دیگری نیز هست، نظیر ضعف در تامین آب و سیستم فاضلاب و وفور بیماریها. 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، بنابراین هیچ راه حل یکتایی وجود ندارد. تنها چیزی که در دسترس ماست راهبرد هایی کلی است که جهت حرکت را نشان می دهد. تجربیاتی و درسهایی 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 مساله 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 تاکید 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 مد نظر 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 بپردازند، و علاوه بر آنها 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 استراتژی ها، تضمین عملی شدن اقدامات و نظارت بر تاثیر بلندمدت آنها دارند.
- وزارت های سلامت یک نقش همایشی حیاتی دارند - یعنی گرد هم آوردن سایر وزارت هایی که برای طراحی و استقرار موثر 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 غیردولتی، 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. آنها می بایست بر نیازهای فقیرترین اجتماعات و گروه های جمعیتی تمرکز کنند. و این مستلزم آن است که دولت قویا نقش ایفا کند. به علاوه، از آنجا 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 های 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 الملل 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 (بخصوص 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 دسترسی پذیرای انتخاب های سالمتر (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 موثر رهبری، ارتباطات موثر، 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 موثر می توان آغاز کرد. نقش اصلی ارتباطات مربوط به سلامت این است که میان متخصصین تکنیکی، سیاست گذاران و عموم پلی بزند. یک ارتباط موثر را از ظرفیت آن برای آگاهی بخشی، ارتقاء شناخت و القاء تغییرات بلند مدت در رفتارهای فردی و اجتماعی می توان شناخت، و در این موضوع خاص، استفاده از رژیم های غذایی سالم و فعالیت فیزیکی یک برنامه برای ارتباطات موثر در زمینه سلامت در پی آن است که در تمامی مراحل تدوین و استقرار خط مشی از فرصتها بهره برده و تاثیر 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 کوششهای مربوطه طیفی از گروه ها را شامل گردد که اقداماتشان بر اعمال و انتخاب های افراد در خصوص رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی تاثیر 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 کانونهایی رسمی را شکل دهد. درگیر شدن انجمن های مصرف کنندگان نیز برای تسهیل در امر سلامت و آموزش تغذیه مهم است. از سازمانهای بین المللی که وظایفی در رابطه با تغذیه بر عهده دارند، نظیر WHO و FAO انتظار می رود که مشوق هدایت اطلاعات قابل اعتماد در خلال این شبکه 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 ودره 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 انتخابها تحت آنها صورت می گیرند پشتیبان تصمیم های مفید سالم و ثمربخش باشند، تسهیل تغییر انفرادی محتمل تر خواهد بود. سیستمهای غذایی، الگوهای بازاریابی و سبک های زندگی شخصی می بایست به طریقی تحول یابند که زندگی سالمتر و انتخاب غذاهایی را که بیشترین مزایا را برای سلامتی شخص دارند برای افراد آسانتر سازد. یک محیط توانمندساز، چهارچوب ارجاعی وسیعی 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 در بر 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 مدافعش باشد، و فرض پیاده روی یا رکاب زدن تا محل کار، خرید سبزیجات و میوه های تازه و غذا خوردن و کار کردن 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 (میوه ها، 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 داده های تراز ملی غذا (national Food Balance) کسب شده است. به جهت فهم بهتر رابطه میان الگوهای مصرف غذا، رژیم های غذایی و ظهور بیماری های غیرواگیر، ضروری است که با سرشماری هایی که نمودار مصرف باشند اطلاعاتی در خصوص الگوهای واقعی مصرف غذا و روندهای تغییریابنده به دست آید.
 - توانایی بخشیدن به افراد جهت انجام انتخاب های آگاهانه و اقدامات موثر از طریق برچسب گذاری و همچنین استفاده بهینه از استانداردها و قانون گذاری

- تضمین اینکه عناصر "رژیم غذایی سالم" در دسترس همگان است : در مورد غذاهایی که خارج از منزل (یعنی در رستوران ها و ساندویچی ها) تهیه می شود، اطلاعات مربوط به کیفیت غذایی آنها می بایست به شیوه ای ساده در اختیار مشتریان قرار گیرد تا آنها بتوانند غذاهای سالمتر را انتخاب کنند. به عنوان مثال، مشتریان باید قادر باشند نه تنها از میزان چربی یا روغن غذایشان، بلکه از زیاد و کم بودن چربی های اشباع شده و اسیدهای چرب نیز اطمینان حاصل کنند.
- حصول به موفقیت از طریق اقدامات بین بخشی (intersectoral initiatives)
- استفاده بهینه از خدمات سلامت و متخصصینی که این خدمات را ارائه می دهند از جمله گنجاندن دوره های آموزشی

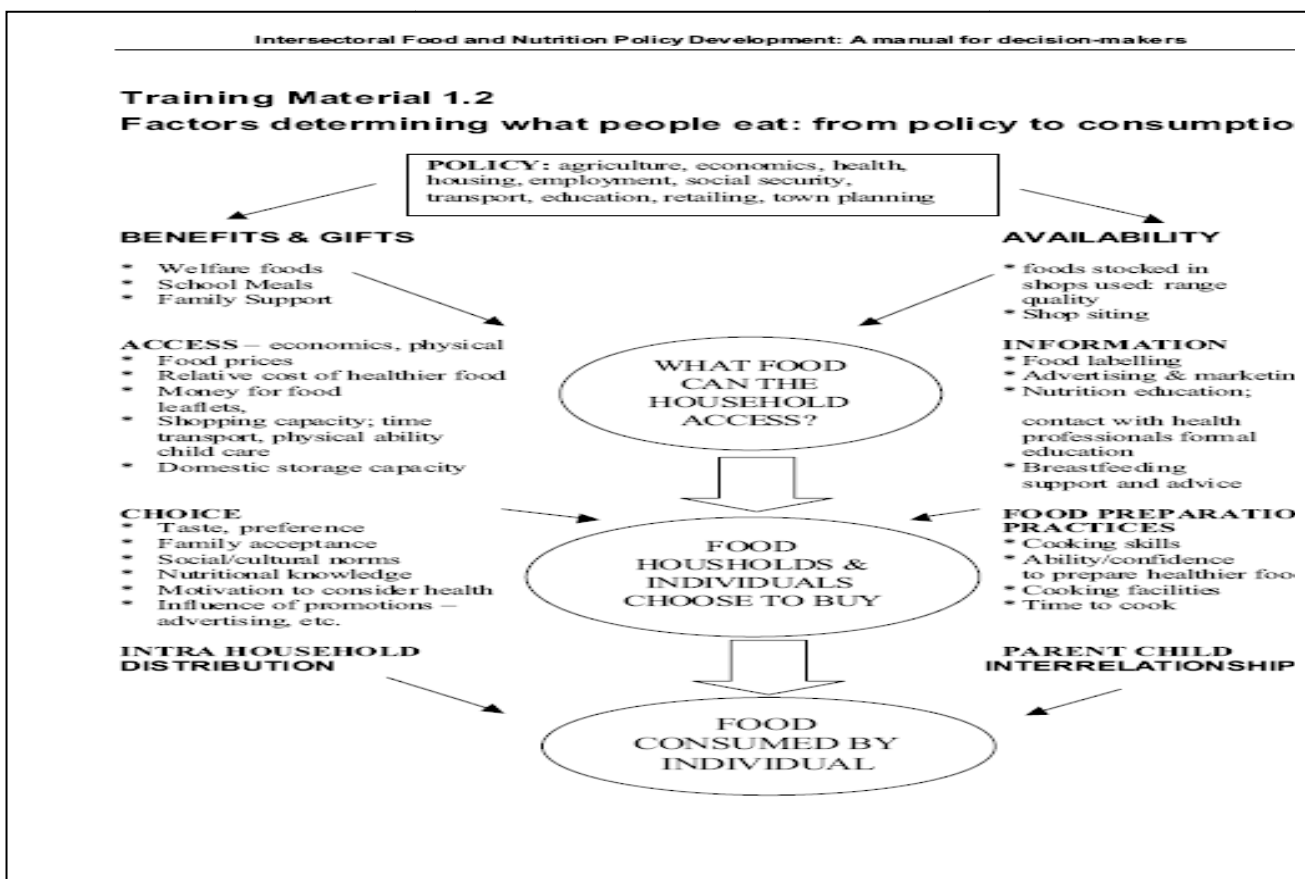
پارادایم روز در غذا و تغذیه : حق انسان

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

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

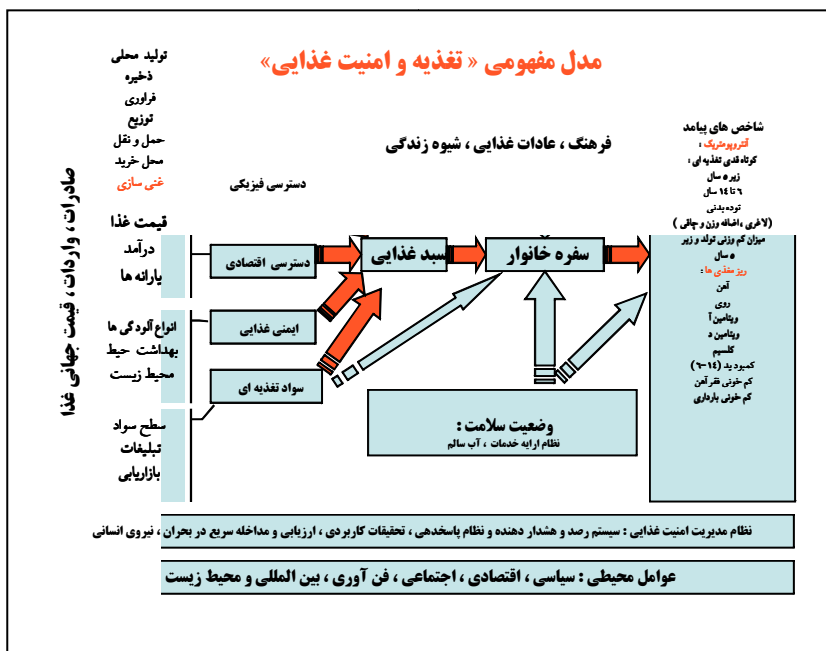
(۲۱) بر اساس مقاله منتشر شده در مجله علمی تغذیه جهانی با عنوان فراز و نشیب پارادایم های غذا و تغذیه در جهان رویکرد و پارادایم امروز این است که غذا و تغذیه مناسب حق انسانی است . در این مقاله رویکردهای مختلف سازمان های بین المللی و کشورهای جهان از ۱۹۵۰ تاکنون مورد بررسی قرار گرفته است و این نکته را متذکر می شود که هنوز خیلی از کشورها موضوع غذا و تغذیه مناسب را به عنوان یک حق نمی نگرند و همچنان در پارادایم های قبلی تاکید دارند . (۲۱)

(۲۲) سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ راهنمای همکاری بین بخشی برای تدوین و اجرای سیاست های 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 شاخص ها چگونه است ؟



برای ترسیم نیم رخ تغذیه و امنیت غذایی لازم است از الگوی مفهومی معینی استفاده شده و شاخص ها تعریف شوند، الگوی مفهومی روبرو یکی از آنهاست که بر اساس نظرات کارشناسان خبره و به استناد شواهد علمی در داخل کشور تدوین شده است و مبنای استخراج شاخص های مرتبط می باشد.

در این الگو که به منظور نشان دادن عوامل موثر بر تغذیه و امنیت غذایی طراحی شده است، در مجموع «سبب غذایی» که به محیط خانواده آورده می شود 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. سبب غذایی خود تحت تاثیر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، ایمنی غذایی و سواد تغذیه ای افراد است و از عوامل کلان چون واردات، صادرات و قیمت جهانی غذا اثر می پذیرد.

نتیجه سبب 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) با 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 - ۵)، خطر بالا (۵ - ۲/۵)، خطر متوسط (۷/۵ - ۵) و خطر پایین (۱۰ - ۷/۵). از عوامل مهم و موثر بر وضعیت امنیت غذایی یک جامعه نظام مدیریت امنیت غذایی آن است که سیستم رصد (هشدار دهنده) و نظام پاسخدهی، 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 فرآوری شده، تراریخته، غذاهای ارگانیک، غذاهای غنی شده	امنیت غذایی
توزیع: تعداد فروشگاه ها و توزیع آنها	
درصد خانوارهای زیر خط فقر، درصد درآمد به غذا، شاخص قیمت برای مصرف کننده (Consumer Price Index)، سهم غذا از درآمد خانوار، بودجه غذای خانوار، شاخص قیمت غذا	
GNP، ضریب جینی، پارانه ها، شاخص عدالت توزیعی و مصرف توسط سرپرست خانوار	
سواد تغذیه ای انتخاب غذا، تحصیلات، ترجیحات غذایی،	سواد تغذیه ای
درصد آلودگی هایبایولوژیکی، 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 پرتوژها، مواد افزودنی غیرمجاز، شیوه دفع ضایعات مواد غذایی	ایمنی غذایی
درصد خانواده هایی که نمک پیدار مصرف می کنند، میزان مصرف نوشابه، کنسرو، ماهی، غذای حاضر 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، فروش پخت 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 بیماری های موثر بر تغذیه و جذب مواد غذایی، میزان پوشش مراقبت های دوران بارداری - کودکی - نوجوانی - میانسال و سالمندی	وضعیت سلامت
کوتاه قدی تغذیه ای: زیر ۵ سال و ۱۴ تا ۶ سال، توده بدنی (لاغری، اضافه وزن و چاقی) در گروه های سنی و جنسی جامعه و میزان تولد نوزاد با وزن کم	پیامد های تغذیه ای
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 پد (۶-۱۴)، اسید فولیک	پیامد های تغذیه ای
سیستم رصد و نظام پاسخدهی امنیت غذایی شامل سامانه تصمیم گیری	نظام امنیت غذایی
تعداد تحقیقات کاربردی مرتبط به شاخص های سطح پیامد و عوامل موثر بر آن به ویژه فرهنگ و سواد تغذیه (وجود تحقیقات دوره ای عادات غذایی در بخش های جمعیتی)	
ارزیابی و مداخله سریع در بحران	
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	
میزان رشد جمعیت، درصد جمعیت روستایی و شهری	دموگرافیک
میزان باسادی، میزان ترک تحصیلی	سطح آموزش

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)	وضعیت
دسترسی فیزیکی و اقتصادی	شاخص تولید غذا (Food Production Index)	۱۰۹۳ در ۲۰۱۰ (۱)، شاخص تولید غذا در ایران از ۱۰۸۲ در سال ۲۰۰۷ به ۱۰۹۳ در ۲۰۱۰ افزایش یافته است (۱)	😊
	حجم تولید مواد غذایی	غلات: ۲۳۰۰۰ هزار تن، حبوبات: ۷۱۶ هزار تن، سبزی ها: ۱۶۰۰۰ هزار تن (۲)، گوشت قرمز: ۹۳۳/۶ هزار تن، گوشت مرغ: ۱۶۶۶/۵ هزار تن، تخم مرغ: ۷۶۶۷/۷ هزار تن، شیر: ۱۰۲۴۲ هزار تن، ماهی: ۶۴۹ هزار تن و میگو: ۱۴/۳ هزار تن (۳). تولید گندم و برنج از سال های ۸۱ تا ۸۸ روند کاهشی داشته است. تولید حبوبات در طی همین سالها روند افزایشی داشته و لی در ساله ای اخیر مجددا کاهش پیدا کرده، تولید سیب زمینی کاهش، تولید سبزی نسبت به سال ۸۱ افزایش داشته و لی نسبت به سالهای 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 آنها	عمده فروشی مواد خام کشاورزی، حیوانات زنده، خوراکی ها، آشامیدنی ها و دخانیات: ۳۰۰۵۳ (۴) خرده فروشی غذا و آشامیدنی ها و دخانیات در فروشگاه ها ی تخصصی: ۵۱۲۹۲۹، تعداد در سال ۱۳۸۱ (۵)	😊
	درصد خانوارهای زیر خط فقر	سال ۱۳۸۵ - ۱۲/۶٪ خانوارهای شهری و ۱۱/۴٪ خانوارهای روستایی (۶)	😊
	متوسط هزینه خوراک و دخانی سالانه	متوسط هزینه خوراک و دخانی سالانه یک خانوار شهری: ۲۶.۱۵۷.۰۰۰ ریال (۷) و یک خانوار روستایی: ۲۶.۱۳۷.۰۰۰ ریال (۷) متوسط سهم هزینه خوراک در روستا ۳۷٪ و در شهر ۲۳٪ است. (مطالعه سیمات)	😊
	شاخص قیمت غذا (Food Price Index)	عدد شاخص کل بهای کالاهای خوراکی و آشامیدنی در فروردین ۱۳۹۱: ۴۹.۰۴۱ (۴) یک کیلو گرم مرغ: ۵۲۰۰ ریال، یک کیلو گرم تخم مرغ: ۲۴۰۰ ریال، یک کیلو گرم گوشت گوسفند: ۲۰۸۵۰۰ ریال، یک کیلو گرم گوشت گاو: ۱۴۸۰۰۰ ریال (۵) شاخص بهای کالاهای در فروردین ۹۱ در مقایسه با ماه قبل و سال قبل ۵.۲٪ و ۳۳٪ افزایش داشته است	😊
	GNP، ضریب جینی، یارانه ها (سهم سبد مصرفی خوراک خانوار از برنامه حمایتی)	ضریب جینی ۰.۳۷ در سال ۹۰ (۸) با توجه به ۰/۳ کاهش نسبت به سال قبل، به نظر می رسد شاخص ضریب جینی رو به بهبود می باشد.	😊
	ایمنی غذایی	آلودگی های بیولوژیکی، فیزیکی و شیمیایی شامل: آفت کش ها و داروها، آلودگی فلزات سنگین، آلودگی به سموم قارچ و باقیای حشرات و حیوانات موزی، هورمون ها و پرتونرها، آلودگی به ترکیبات پسته بندی، مواد افزودنی غیرمجاز 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	😊
	میزان خانوار مصرف کننده نمک پیدار	۹۸٪ خانوارهای ایرانی (۹)، شاخص های این برنامه حاکی از آنست که ایران در زمره کشورهایی ست که اختلالات ناشی از کمبود ید را کنترل کرده است (۹)	😊
	میزان مصرف نوشابه	۳۳ لیتر، بررسی های وزارت بازرگانی (۱۰) ۵۳.۸٪ هیچ یا در هفته، ۱۸.۷٪ یکبار در هفته، ۱۲.۵٪ دوبار در هفته، ۷.۲٪ سه یا در هفته، ۷.۸٪ چهار بار یا بیشتر در هفته (۱۲) نسبت به میانگین سرانه مصرف در دنیا (۳۰ لیتر سالانه)، هنوز ۳ لیتر مصرف می شود. (۱۰)	😊
سوا	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	۷.۵ کیلو گرم (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 کیلو گرم و در ایران ۸ کیلو گرم می باشد (۳۲)	😊
	میزان مصرف نمک	۲۹.۷٪ هرگز، ۷.۰٪ کمتر از یک وعده، ۱۶٪ یک وعده، ۲۳.۶٪ دو وعده، ۰.۷٪ سه وعده (۱۲) میزان مصرف نمک در ایران برابر ۶ کیلو گرم در سال و دو برابر مصرف جهانی (۳) کیلو گرم (در سال می شد. (۳۳)	😊
	میزان مصرف هله هوله	میزان مصرف چیپس، 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، ۱.۱٪ 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، شلنوک و سایر غلات: ۱۳، قند و شکر: ۳، حبوبات: ۰.۶، سبزی و میوه: ۲.۶، انواع گوشت و تخم مرغ: ۳.۵، شیر: ۷، انواع روغن و چربی: ۱ (العداد به میلیون تن می باشد) (۳) نان و غلات ۱۱-۶ واحد، میوه ها و سبزی ها ۳-۵ واحد، شیر و لبنیات ۲-۳، حبوبات، مغزا و تخم مرغ ۲-۳ واحد در روز، و چربی ها، روغن ها، شیرینی ها مصرف 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 تامین شود (۳۱)	😊
	مصرف سرانه -روزانه و همچنین شاخص مصرف سرانه -روزانه برای انرژی، پروتئین، آهن، کلسیم (توضیح: شاخص مصرف کل کشور = ۱۰۰)	انرژی: ۲۵۳۳ کیلو کالری در روز پروتئین: ۷۰ گرم در روز آهن: ۱۴، کلسیم: ۵۵۰ (میلی گرم در روز) (۱۱)، میزان عرضه روزانه پروتئین: ۹۵.۵، کربوهیدرات: ۶۲۹، چربی: ۸۱، کلسیم: ۶۵۰، آهن: ۱۷، ویتامین آ: ۷۹۹ (گرم) در روز (میزان استاندارد استفاده دریافتی روزانه اسید چرب اشباع شده: ۲۰، کنترل کلسترول: ۰.۳، سدیم ۲.۴، پتاسیم ۳، کربوهیدراتها: ۳، فیبر: ۲۵؛ و پروتئین ۵۰، آهن ۱۸، کلسیم ۱ (گرم) می باشد. (۳۰)	😊
	مصرف شیر مادر	۶-۱۰ ماهه: ۵۳/۱٪ (۱۲)، با توجه به گزارش ۲۰۰۵ ایران به یونسف این میزان ۵۶/۵۶ بوده که در مقایسه با کشور ترکمنستان (۲۰۰۶) عراق (۲۰۰۶) ۳۱/۳۱، ترکیه (۲۰۰۸) ۳۹/۳۹ وضعیت نسبتا مطلوبی ست (۲۰)	😊
	شیوع اسهال در کودکان زیر ۵ سال	۱۳/۵٪ (۱۲)، ۹/۰٪ مرگهای ناشی از اسهال و بتمونی در کشورهای آسیای جنوبی و افریقای زیر صحرا اتفاق می افتد (۲۲)	😊
	مرگ نوزاد، مرگ کودک زیر یکسال	نوزاد: ۱۵/۷، زیر یک سال: ۲۰/۶٪ (۲۱) ۲۱/۲٪ در نوزادان زیر یکسال (۲۱) در مقایسه با ترکیه (۱۲) در هزار (۹) کویت (۹) در هزار) وضعیت مساعدی نداریم (۲۱)	😊
	درصد دسترسی خانواده ها به آب بهداشتی	۹۶/۸٪ خانوارها (۱۲)، میزان دسترسی جمعیت شهری به آب آشامیدنی در ایران برابر ۹۸٪ است که در مقایسه با ترکیه (۱۰۰٪)، ارمنستان (۹۹٪)، ترکمنستان (۹۷٪) در جایگاه مطلوبی قرار گرفته است (۲۳)	😊
بیماری های تغذیه ای (زیر مغذی ها و بیماری های غیرواگیر)	کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ سال	نتایج سه بررسی کشوری سالهای ۱۳۷۴، ۱۳۷۷، و ۱۳۸۹ از نظر کوتاه قدی تغذیه ای، کم وزنی و لاغری نشان می دهد روند سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال بویژه طی سال های ۷۷ تا ۸۹ کاهش قابل ملاحظه ای داشته است. کودکان زیر ۵ سال کم وزنی: ۴/۰٪، لاغری: ۴٪، کوتاه قدی: ۶/۸٪ (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 مشارکی 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 افراد با اضافه وزن یا چاق ۳۴.۵۵ (میانگین میزان توده بدنی در ایران در طیف ۲۴.۹-۲۹.۹ قرار گرفته که نشانه ی داشتن اضافه وزن میانگین جمعیت می باشد. در مقایسه با سایر کشورها، تنها جمعیت افریقای جنوبی، افغانستان و 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 (وزارت آموزش و 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	😊
	میزان تولد نوزاد با وزن کم	LBW: ۷/۷٪ (۱۱) میانگین میزان کم وزنی هنگام تولد در کشورهای آسیای ۱۱.۶٪ می شد. 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)	😊
	کمبود آهن، روی، ویتامین آ، ویتامین د، کلسیم، و شیوع گواتر	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 پیدار کردن نمک) کمبود روی در زنان باردار میانگین (۱۳۹) بیشترین اقلیم: دو و پنج (۵/۰٪)، 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: (۲۲) بیشترین اقلیم: پنج (۵٪) و کمترین اقلیم: یک، چهار، یازده (۸٪) کمبود شدید ویتامین د در زنان باردار ماهه میانگین (۵۳) بیشترین اقلیم: هشت (۷٪) و کمترین اقلیم: پنج (۳۱) کمبود شدید ویتامین د در کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه میانگین: (۴) بیشترین اقلیم: هشت (۶٪) و کمترین اقلیم: شش (۴٪) و (۱۴) و شیوع گواتر: (۹) (۹/۵٪)	😊
	بیماری های قلبی عروقی، دیابت، بعضی از انواع سرطان ها و ...	توزیع فراوانی نسبی سابقه قلبی 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 ها 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)	😊
	شیوع بیماری های ناشی از کمبود مواد مغذی مرتبط با غذا (Diet-related)	آمی (فقر آهن و سایر آنمی ها)، هایپر تریوید مادزغذایی، فیل کتون اوریا، گواتر درجه ۲ به بالا، دیابت، کمبود ویتامین A (اسکار قرینه)، سوء تغذیه پروتئین -انرژی، ریکتر سایر بیماری های غده ای و متابولیک، بیماری های تغذیه ای و کم وزنی زمان تولد یا تولد به هنگام مطابق جدول شاخص بار بیماری ها (پیوست)	😊
	میزان رشد جمعیت	۱۱.۲۹٪ (۱۵)، میزان رشد جمعیت همانند کشورهای همسایه (به جز افغانستان) حدود ۱۲/۱ متغیر است، این میزان از کشورهای پیشرفته مثل امریکای شمالی، اروپا و روسیه بیشتر، و در مقایسه با افریقای جنوبی، کمتر است. (۲۶)	😊
	درصد جمعیت روستایی و شهری	جمعیت شهری، ۷۱.۴٪ و جمعیت روستایی ۲۸.۵٪، جمعیت غیر ساکن ۰.۱٪ (۱۶)، جمعیت شهری کشورهای همسایه مانند ترکیه (۷۰٪)، پاکستان (۳۶٪)، افغانستان (۲۳٪)، عراق (۶۶٪) می باشد. ژاپن (۶۷٪) و بیشترین میزان شهرنشینی (پیش از ۷۵٪) در قاره ی امریکا و تاحدودی در اروپای غربی دیده می شود (۳۰)	😊
	میزان پاسوادی	۸۴/۲۶٪ (۱۲)، میزان پاسوادی در جوانان ۲۴-۱۵ ساله در سال ۲۰۰۸ برای ایران ۹۹٪ بوده است که نشانه دهنده ی وضعیت مطلوب در این گروه سنی می باشد. (۲۵)	😊
دومگر آفیک و سوا			

میزان تولید غذاهای فراویژه، تراریخته، غذاهای ارگانیک، غذاهای غنی شده و دوره های آموزشی مهارت های آشپزی و روش پخت و نگهداری غذا شاخص هایی هستند که داده های آن در دسترس نبود

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

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

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 موثر 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 اینکه 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 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 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 موثر بر تغذیه و امنیت غذایی

مجلس شورای اسلامی ، مجمع تشخیص مصلحت نظام ، وزارت اقتصاد و دارایی (از جمله سازمان گمرک) ، وزارت امور خارجه ، سازمان محیط زیست ، وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی ، معاونت 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 تامین اجتماعی دارد)

دستگاه های حاکمیتی مسئول در فرایند اصلی تغذیه و امنیت غذایی

تغذیه (Nutrition)	ایمنی غذایی (Food Safety)	تامین پایدار غذا (Sustainable Food Supply)
دفتر بهبود تغذیه جامعه در معاونت بهداشت کلیه مراکز ، دفاتر و ادارات 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 های 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 (تامین آب سالم برای کشاورزی) ، سازمان زندان ها ، سازمان بهزیستی ، سازمان مدیریت بحران ، وزارت تعاون ، کار و رفاه اجتماعی (به عنوان تخصیص دهنده منابع 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 (واردکنندگان مواد غذایی) ، اتحادیه مرکزی نظارت و هماهنگی تولید کنندگان مواد غذایی (کشاورزان و دامپروران) ، اتحادیه شرکتهای حمل و نقل مواد غذایی، اتاق های بازرگانی 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 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 ، موسسه 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 ، مراکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام ، مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی ، موسسه پژوهشهای 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، یونسف ، دفتر نمایندگی WFP و FAO 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

نتیجه مباحثات کارگروه‌های شش گانه سمینار کشوری «برنامه‌ریزی و ساماندهی پژوهش‌های علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران» در فرهنگستان علوم پزشکی که با شرکت معاونت‌های 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، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، انجمن تغذیه‌ایران، دانشکده علوم تغذیه و رژیم‌شناسی- دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، دانشکده تغذیه و علوم غذایی- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم- دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی در سال ۱۳۹۱ تشکیل شد بر موارد زیر تاکید دارد:

۱. ظرفیت سازی مدیریتی و ساختاری
 ۲. حرکت از علوم تغذیه (nutrition science) به سمت علوم و سیاست‌های تغذیه (nutrition science and policy). انجام پژوهش‌های جامعه‌نگر، تحلیلی، سیاست نگر و بین رشته‌ای، تعدیل دید بالینی در پژوهش‌ها
 ۳. سیاست‌گذاری و برنامه ریزی شواهدمحور و مبتنی بر مدارک
 ۴. نهادینه کردن تغذیه در ساختار و سیاست‌های کشور از طریق دو سطح :
 - ملی، مرکز تحقیقات سیاست‌های غذایی/تغذیه‌ای در نهاد ریاست جمهوری. ساختاری برای تحلیل مشکل، تحلیل سیاست و تدوین سیاست (با حمایت مالی، سیاسی و اجرایی کافی)
 - بهداشت عمومی، تامین سلامت تغذیه‌ای جامعه
- متن سند «برنامه ریزی و ساماندهی پژوهش‌های علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران» نیز به شرح زیر تدوین شده است :
۱. تدوین سیاست پژوهش کشور، تعیین جایگاه دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی به عنوان بازوی پژوهشی سیاست گذاری، برنامه ریزی بخش خصوصی و صنعت، برقراری تعادل بین «آزادی و خلاقیت آکادمیک» و «علم در خدمت مردم» و برنامه‌ریزی برای اجرای طرح‌های پژوهشی درازمدت، توجه خاص به اثربخشی در جهت حل مشکلات غذا و تغذیه کشور در کنار توجه به بالابردن توان علمی کشور از طریق چاپ مقالات در مجلات معتبر داخلی و بین‌المللی
 ۲. ایجاد یک مرکز مطالعات سیاست‌های غذا و تغذیه در سطح ملی برای سیاست‌گذاری و برنامه ریزی غذا و تغذیه
 ۳. تشکیل شبکه کشوری تحقیقات غذا و تغذیه مرکب از محققین دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، بخش سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ذینفعان بخش‌های دولتی و خصوصی
- اقدامات ضروری برای عملیاتی کردن پیشنهادات :
۱. نهادینه کردن ارتباط بین دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی با شبکه کشوری تحقیقات غذا و تغذیه و مرکز ملی مطالعات سیاست‌های تغذیه
 ۲. هماهنگی بین بخشی و انسجام بخشی به ویژه در زنجیره‌ی موادغذایی 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 و هم اندیشی برای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد
 ۴. سیاست‌گذاری برای اولویت دادن به مطالعات بنیادی، اپیدمیولوژیک، بالینی و مداخله‌ای با رویکرد تمامیت‌گرا
 ۵. ایجاد و توسعه دوره‌هایی برای تربیت متخصصان و پژوهشگران رشته‌های تخصصی نوین و میان رشته‌ای از جمله تغذیه و علوم انسانی : هم اکنون هفت دوره‌ی: کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی اپیدمیولوژی تغذیه، تغذیه سلولی-مولکولی، سیاست‌گذاری غذا و تغذیه، کارشناسی ارشد تغذیه جامعه در حال تصویب در وزارت بهداشت می‌باشند
 ۶. هدفمندکردن اعتبارات پژوهشی و تسهیل سازوکارهای مالی به منظور توسعه‌ی پژوهش‌های تقاضا محور

(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 آسیب پذیری و ناامنی غذایی در کشور اجرا شده است. پژوهش از نوع توصیفی، تحلیلی و کاربردی است. محیط پژوهش کل کشور و جامعه پژوهش شامل منابع اطلاعاتی در برگیرنده شاخص‌های مرتبط با پایش وضعیت امنیت غذا و تغذیه در سطح ملی می‌باشد. امنیت غذا و تغذیه در این تحقیق عبارتست از «دسترسی فیزیکی و اقتصادی تمام افراد در همی اوقات به غذای کافی و سالم که به شیوه‌های قابل قبول اجتماعی و با مطلوبیت فرهنگی به دست آید تا تمامی سلول‌های بدن از مواد مغذی کافی برای دستیابی به یک زندگی سالم و فعال بهره مند شوند». در این پژوهش سه حیطه اصلی به شرح زیر مدنظر قرار گرفته است:

۱. تامین غذای کافی (Food Availability)

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

۲. توان اقتصادی برای تامین 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 باسواد (نسبت جمعیت ۶ سال و بالاتر باسواد به کل جمعیت ۶ سال و بالاتر)
- هزینه‌های خوراک 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 دانش‌آموز به معلم
- ضریب محرومیت استان (شاخص ترکیبی ارائه شده توسط کمیته امداد)

۳. تامین سلامت یا بهره‌مندی بدن از غذای خورده شده (Food Utilization)

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

در مرحله اول پس از بررسی متون، با بررسی تجربه‌ی سایر کشورها در ایجاد سامانه و مدل‌های مختلف پایش امنیت غذا و تغذیه، مدل مفهومی پایش امنیت غذا و تغذیه و

زیرساخت‌های آن تعیین گردید. در مرحله بعد فلوچارت سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه، تعریف شد و بر اساس آن کلیه اطلاعات مرتبط با امنیت غذا و تغذیه از آخرین اطلاعات مرکز آمار ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت جهادکشاورزی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور و سایر سازمان‌های ذیربط دریافت گردید. پس از بررسی داده‌ها طی جلسات کمیته راهبردی با استفاده از نظرات کارشناسان و مدیران موسسه پژوهش‌های برنامه‌ریزی و اقتصاد کشاورزی وزارت جهادکشاورزی، پژوهشکده پدافند غیرعامل جهادکشاورزی، دفتر یارانه در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر بحران و مناطق محروم کمیته امداد امام خمینی (ره) و انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور به روزترین داده‌ها انتخاب شدند.

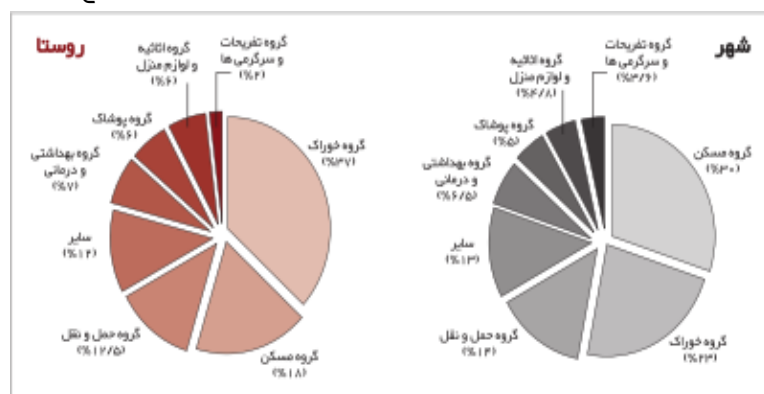


برای بررسی و تعیین الگوهای استانی در زیرساخت‌های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، جمعیتی، بهداشتی و تغذیه‌ای مرتبط با امنیت غذایی از مدل آنالیز تحلیل عاملی استفاده شد. پس از انجام تحلیل عاملی بر روی زیرساخت‌های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و تغذیه‌ای مرتبط با امنیت غذایی، چهارالگوی تقسیم بندی برای امتیازدهی به استان‌ها تعیین گردید. در این تجزیه تحلیل‌ها از ۱۱۹ متغیر در حیطه‌های مختلف مربوط به زیرساخت‌های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، جمعیتی، بهداشتی و تغذیه‌ای مربوط به امنیت غذایی استفاده شده‌است که از آن میان تنها ۵۵ متغیر در الگوها دارای همبستگی تشخیص داده شدند. این متغیرها عبارتند از: تولید گوشت، شیر، مرغ و تخم مرغ (هزارتن)، تراکم نسبی جمعیت، نرخ مشارکت اقتصادی استان، نسبت اراضی کشور به مساحت استان، منابع آب‌های زیرزمینی، نرخ باسوا دی نقاط شهری و روستایی، میزان باروری کلی، رشد جمعیت، بعد خانوار، میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده، امید زندگی زنان و مردان، ابتلا به بیماری، درصد تغذیه کودکان با شیر مادر تا یک سالگی، میانگین نمایه

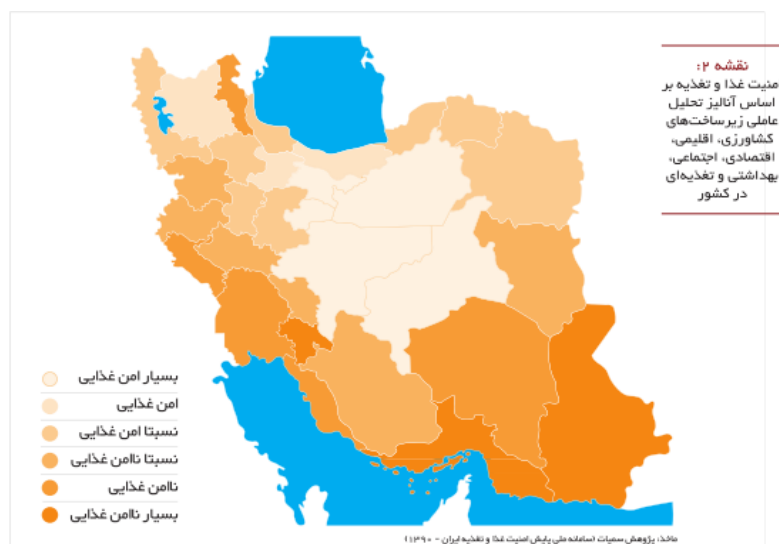
وضعیت امنیت غذایی	توزیع امتیاز استانها (معدل)	استان‌ها
بسیار امن غذایی	۱ کمتر از معدل ۱۶/۷	قم، اصفهان، سمنان، تهران، یزد
امن غذایی	۲ معدل ۱۶/۷ تا ۳۳/۳	آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، مازندران
نسبتاً امن غذایی	۳ معدل ۳۳/۳ تا ۵۰/۰	زنجان، آذربایجان غربی، خراسان رضوی، خراسان شمالی، مرکزی، همدان، گیلان
نسبتاً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

۱) جمع امتیاز الگوها از ۰ تا -۱۰
۲) جمع امتیاز الگوها از ۰ تا ۱۰
۳) جمع امتیاز الگوها از ۰ تا ۲۰
۴) جمع امتیاز الگوها از ۰ تا ۳۰
۵) جمع امتیاز الگوها از ۰ تا ۴۰
۶) جمع امتیاز الگوها از ۰ تا ۵۰

نسبت دانش‌آموز به معلم، تعداد تخت موسسات درمانی فعال به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر، میانگین قیمت گوشت گاو/ گوشت گوسفند/ تخم مرغ / گوشت



دیگری به نام روش نمایه توسعه انسانی (Human Development Index) نیز برای طبقه‌بندی استان‌ها استفاده شد. در مقایسه‌ی دو روش همخوانی بسیار بالای نتایج ($r=0/8$) به دست آمد. با استفاده از روش‌های آماری، مدل نهایی برای استخراج نمایه امنیت غذایی با استفاده از رتبه‌بندی استان‌ها



نقشه ۲: امنیت غذا و تغذیه بر اساس آنالیز تحلیل عاملی زیرساخت‌های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و تغذیه‌ای در کشور

مرغ در بازار آزاد، سطح زیر کشت دیم در استان، ضریب محرومیت استان، هزینه خوراک به کل هزینه‌ها در طبقه متوسط شهری/ روستایی و نسبت جمعیت شهری به روستایی. امتیاز هر استان در هر یک از الگوها محاسبه شد و در مرحله‌ی بعد میانگین هر استان به دست آمد. پس از درص‌بندی امتیازها، استان‌ها در شش گروه بسیار امن غذایی، امن غذایی، نسبتاً امن غذایی، نسبتاً ناامن غذایی، ناامن غذایی و بسیار ناامن غذایی توزیع شدند. نتیجه به شرح جدول بالا می‌باشد.

علاوه بر روش آنالیز تحلیل عاملی (که روشی متداول برای طبقه‌بندی استان‌ها از نظر امنیت غذایی است) از روش

روی ۲۳ متغیر به دست آمد که در سه حیطه‌ی تامین غذا، توان اقتصادی و تامین سلامت یا بهره‌مندی از غذای خورده شده محاسبه شد.

در مرحله‌ی بعد نتایج مربوط به بررسی هزینه‌های خوراک نسبت به کل هزینه‌های خانوار ارائه شده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که سهم مخارج خوراک نسبت به کل هزینه‌ها در همه‌ی طبقات شهری و روستایی کاهش یافته است که به معنای بهبود روند امنیت غذایی (نسبت به سال ۷۹) می‌باشد. گرچه هنوز در اکثر مناطق روستایی کشور بیش از ۳۰٪ هزینه‌های خانوار به غذا اختصاص داده شده است.

مطالعه‌ی بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد خانوارهای شهری و روستایی و کارکنان بهداشتی رده‌های 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 استان‌های کشور؛ و کارکنان سطوح مختلف بهداشتی-درمانی در خصوص تغذیه در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۰ و به منظور طراحی و اجرای مداخلات مؤثر جهت ارتقاء سلامت تغذیه‌ای خانوارها انجام شد. واحد آماری در سطح خانوارها شامل خانوارهای عادی ساکن در مناطق شهری و روستایی استان‌های سراسر کشور (مادرخانوار یا هر فرد بالای ۱۵ سال که وظیفه‌ی طبخ غذا را بر عهده داشت) و در سطح کارکنان بهداشتی، سطوح مختلف ستادی تغذیه و ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی-درمانی تغذیه‌ای شاغل در سطح دانشگاه‌های 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 کارداران پایگاه شهری و بهورز خانه بهداشت) بودند.

در این مطالعه نمونه‌گیری در سطح خانوارها به صورت نمونه نمایانگر استانی انجام گرفت. نمونه‌گیری از نوع خوشه‌ای یک مرحله‌ای با اندازه خوشه‌های برابر بود. حجم نمونه در سطح خانوارها در هر استان برابر با ۴۵۶ نفر یعنی ۵۷ خوشه ۸ نفری در هر یک از استان‌های کشور و در مجموع ۱۴۳۳۶ نفر می‌باشد. نمونه‌گیری در سطح کارکنان به سه روش کلی زیر انجام شد: در رده "کارشناس مسئول تغذیه در ستاد معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی" نمونه‌گیری از نوع سرشماری ۲، در ۲ رده "مربی آموزشگاه بهورزی" و "کارشناس مسئول تغذیه یا بهداشت خانواده در مرکز بهداشت شهرستان" نمونه‌گیری 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 کارداران پایگاه شهری و بهورز خانه بهداشت" نمونه‌گیری چند مرحله‌ای از نوع تصادفی طبقه‌بندی شده و منظم ۴ در سطح هر استان بود. در مجموع تعداد ۴۷۳ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های مورد نیاز در سطح خانوارها از طریق پرسشنامه‌ای ساختار یافته (structured questionnaire) و با انجام مصاحبه پرسشگران طرح، و در سطح کارکنان بهداشتی رده‌های پزشک و کارشناس، براساس پرسشنامه‌ای خودیفا، صورت پذیرفت. خلاصه‌ی یافته‌ها در دو سطح خانوار و کارکنان بهداشتی به شرح زیر است:

در سطح خانوارها

- تنها ۴۲٪ از افراد، میوه‌ها را به عنوان گروه‌های اصلی غذایی می‌شناسند.
- تنها ۱۰٪ و ۱۹٪ از افراد از نقش میوه‌ها و سبزی‌ها در دریافت فیبر غذایی، آگاهی دارند.
- فقط ۱۶٪ افراد نقش میوه‌ها و ۲۲٪ آن‌ها از نقش سبزی‌ها در دریافت املاح آگاهی دارند.
- فقط ۲۰٪ افراد از نقش «شیر و لبنیات» و ۳۰٪ آن‌ها از نقش «تخم مرغ» به عنوان منبع پروتئین آگاهی دارند.
- تنها ۴۰٪ از افراد سویا را به عنوان منبع تامین پروتئین می‌شناسند.
- تنها ۳۴٪ از افراد «روغن حیوانی» را به عنوان مضرترین روغن خوراکی برای سلامت می‌دانند
- آگاهی خانوارها در مورد منابع تامین «روغن» بسیار اندک می‌باشد (کمتر از ۲۰٪)
- تنها ۴۲٪ از خانوارها «استفاده از نمک پیدار» را به عنوان بهترین راه پیشگیری از گواتر می‌دانند
- تنها ۱۲٪ از خانوارها به «مفهوم فیبر غذایی» آگاهی دارند و کمتر از ۲۵٪ از نقش آن در «پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر مثل سرطان، چاقی و اضافه وزن» اطلاع دارند
- به ترتیب ۱۸٪ و ۱۱٪ از خانوارها از تاثیر «نوشابه‌های گازدار» بر «بی‌اشتهایی و سوء تغذیه» و «از بین رفتن مینای دندان» آگاه هستند
- آگاهی خانوارها از تاثیرات «مصرف بیش از حد غذاهای آماده و سریع (فست فود)» در ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر مثل بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان و بیماری‌های کبدی کمتر از ۲۰٪ و در مورد چاقی و اضافه وزن ۳۲٪ می‌باشد
- تنها ۶۸٪ از خانوارها از مفید بودن نور مستقیم آفتاب برای کودکان اطلاع دارند
- ۶۴٪ از خانوارها از تفاوت ارزش تغذیه‌ای نان سبوس دار و سفید آگاهی دارند.
- ۲۹٪ از خانوارها در مورد «مصرف لبنیات پرچرب» نگرش نامطلوب داشتند و یا نظری نداشتند
- تنها ۶۰٪ از خانوارها از مضر بودن مصرف نوشابه‌های گازدار آگاهی دارند.
- ۴۱٪ از خانوارها «حذف یک وعده غذایی» را برای کاهش وزن مفید می‌دانستند
- تنها ۲۶٪ از خانوارها از متفاوت بودن ارزش غذایی گوشت و قارچ آگاهی داشتند.
- ۳۸٪ از خانوارها از لبنیات محلی تغذیه می‌کنند
- تنها ۲۶٪ از خانوارها به صورت روزانه میوه و سبزی تازه و ۲۶٪ از آن‌ها به صورت روزانه از شیر، ماست یا پنیر استفاده می‌کنند
- ۳۱٪ از خانوارها برای پخت و پز از روغن نباتی جامد استفاده می‌کنند
- تنها ۵۵٪ از خانوارها برای سرخ کردن از روغن مخصوص سرخ کردن استفاده می‌کنند
- ۴۰٪ از خانوارها از «سس مایونز یا سس‌های آماده» به عنوان طعم دهنده برای سالاد استفاده می‌کنند
- تنها ۵٪ از خانوارها برای شستشوی سبزی خوردن تمام مراحل ۴ گانه (شستشو با آب، انگل زدایی با مایع ظرفشویی، ضدعفونی با پرکلرین، شستشوی مجدد با آب) را انجام می‌دهند
- بیش از ۵۰٪ خانوارها برای استفاده از کدو و بادمجان، سیب زمینی، پیاز و حتی سبزی، آنرا سرخ می‌کنند.
- ۷۹٪ از خانم‌های بالای ۵۰ سال از قرص کلسیم-د به طور نامرتب و گاهگاه استفاده می‌کنند و یا اصلاً استفاده نمی‌کنند.
- ۴۵٪ خانم‌های باردار از قرص‌های آهن هیچگاه و یا به طور نامرتب و گاهگاه استفاده می‌کنند
- ۳۳٪ کودکان ۶ ماهه تا دوساله از مکمل آهن هیچگاه و یا به طور نامرتب و گاهگاه استفاده می‌کنند

¹Single-stage Cluster Sampling

²Census

³Systematic random sampling

⁴Multi-stage Stratified-systematic random sampling

- تنها ۳۵٪ از خانوارها از نحوه‌ی 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 نحوه‌ی دریافت آموزش تغذیه صحیح را از صدا و سیما و جراید و مطبوعات اعلام کرده‌اند
- ۵۶٪ از خانوارها موضوع ارجح جهت دریافت آموزش‌های تغذیه را «روش صحیح پخت و نگهداری غذاها» و «اصول و روشهای صحیح تغذیه» عنوان کرده‌اند

در سطح کارکنان بهداشتی-درمانی

- تنها ۴۴٪ کارکنان در مورد 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 ۴-۲ واحد دریافت روزانه میوه آگاهی دارند ۴۴٪ کارکنان به دریافت ۵-۳ واحد دریافت سبزی آگاهی دارند.
- تنها ۱۰٪ کارکنان استاندارد مطلوب اسیدهای چرب ترانس و اشباع در روغن های خوراکی را می‌دانند.
- ۴۵٪ کارکنان از نقش آنتی اکسیدانی ویتامین های A و E و نیز سلنیوم آگاهی دارند.
- ۴۷٪ کارکنان از نقش گوشت مرغ به عنوان منبع خوب آهن هم در مقایسه با منابع گیاهی آگاهی دارند
- تنها ۳۵٪ کارکنان به کودک ۱۸ ماهه‌ای که توانایی تحمل قطره آهن را ندارد، توصیه‌های مناسب می‌کنند.
- ۴۰٪ کارکنان به مشکل را نبودن مصرف به ندرت فست فودها اشاره می‌کنند.

۶) مروری بر مطالعه تعیین سبد غذایی مطلوب

بحث در مورد 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 برپایه اطلاعات به دست آمده از بررسی الگوی مصرف غذا در کشور توسط انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، سبد غذایی خانوار براساس هزینه خانوار توسط مرکز آمار ایران و طرح امنیت غذایی خانوار در استان تهران توسط انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی خانوار تعیین شد. به علاوه، توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی در زمینه نیاز به مواد مغذی و نیز، کاهش مصرف قند و شکر و چربی و افزایش مصرف میوه و سبزی و فیبر، نیز در نظر گرفته شد. در طرح مابا سبد غذایی مطلوب براساس الگوی مصرف واقعی خانوارهای کشور به گونه ای تدوین شد که به تفکیک شهر و روستا در سطوح ملی و منطقه ای- دو هدف کلی را برآورد:

الف) تامین انرژی و مواد مغذی کلیدی (پروتئین، کلسیم، ویتامین A و ویتامین B2) و پیشگیری از کمبودهای تغذیه ای
ب) پیشگیری از بیش خوری و کاهش احتمال بیماری‌های 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 غذایی مطلوب موجود، و طراحی و ارزشیابی سبدهای مطلوب کف و سقف، براساس 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 تامین انرژی مورد نیاز، مواد مغذی کلیدی را نیز در سطح مطلوب تامین کند. به سخن دیگر، هدف از سبد غذایی مطلوب کف تامین سیری شکمی (جنبه کمی)، و هدف از سبد سقف تامین سیری سلولی (هم جنبه کمی و هم جنبه کیفی) بود. سبد غذایی کف و سقف، به ترتیب، ۲۳۰۰ - ۲۲۴۰ و ۲۵۰ - ۲۴۰۰ کیلوکالری را تامین 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 A و ریبوفلاوین به ترتیب ۴۶ درصد و ۷۰ درصد بود.

سبد مطلوب دوم به سفارش انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای 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، سبزی‌ها، گوشت قرمز، گوشت سفی، تخم مرغ، لبنیات، روغن‌های مایع، روغن‌های جامد و قند و شکر. در این مطالعه تاثیر تغییرات قیمت‌های 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 توصیه‌های بین‌المللی برای کل جمعیت ایران و به تفکیک گروه‌های سنی- جنسی مختلف تدوین شد. در تدوین این سند از اطلاعات مربوط به تولید و عرضه غذا از ترازنامه‌های غذایی ۱۳۸۱-۱۳۸۸ و الگوی مصرف خانوارهای ایرانی در سال ۱۳۹۰ استفاده شد. این سبد نیاز به انرژی، پروتئین و مواد مغذی کلیدی، به جز کلسیم و آهن را بررسی می‌کند. تدوین کنندگان این سبد توصیه می‌کنند کمبود 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) برنامه‌های جاری و توسعه‌ای دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

ردیف	نام برنامه	زمان شروع	وضعیت کنونی برنامه			مستندات
			پایلوت	ارزشیابی	کشوری	
۱	برنامه بهبود وضع تغذیه کودکان زیر شش سال:	۱۳۷۹				نتایج بررسی تن سنجی کودکان ۱۳۷۷ (ANIS)
	■ برنامه های ادغام یافته کودک سالم و مانا					گزارش پایلوت طرح مشارکتی کاهش سوء تغذیه در ۳ استان
	■ پروژه مداخلات همه جانبه بهبود تغذیه و رشد کودکان در استان های محروم	۱۳۹۱				گزارش عملکرد سالیانه
۲	■ ادغام مراقبت تغذیه ای کودکان سالم و مبتلا به سوء تغذیه	۱۳۹۱				پروپوزال اجرای طرح
	برنامه پیشگیری و کنترل کمبود ریزمغذی ها:	۱۳۷۰				گزارش شیوع گواتر ۱۳۶۸ و گزارشات شیوع گواتر و وضعیت نمک های ید دار هر ۵ سال (۱۳۷۳، ۱۳۸۰، ۱۳۸۶)
	■ برنامه کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید					گزارش وضعیت سالیانه ید ادرار دانش آموزان
	■ پیمایش ملی تعیین وضعیت ریزمغذی ها در مصرف کنندگان گروه های سنی مختلف					دستور عمل اجرایی پایش برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید
۳	■ برنامه های مکمل یاری (روی و ویتامین د) در گروه های هدف	۱۳۹۰				پروپوزال طرح ، پرسشنامه ها ، گزارش پیشرفت طرح
	■ پایلوت غنی سازی آرد با روی	۱۳۹۰				پروپوزال اجرای طرح اثربخشی غنی سازی شیر مدرسه با ویتامین "د"
	پایلوت غنی سازی میان وعده دانش آموزی با ریزمغذی های آهن و ویتامین آ در سال ۱۳۸۲ ، پایلوت غنی سازی میان وعده دانش آموزی با ریزمغذی ها روی در سال ۱۳۸۸ ، لیلوت غنی سازی شیر مدرسه با ویتامین د در سال ۱۳۹۰ و برنامه غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک ، پایلوت در سال ۱۳۸۰ و در حال حاضر کشوری .	۱۳۹۱				گزارش بررسی وضعیت ریزمغذی ها ۱۳۸۰
۴	برنامه ارتقا، سطح سلامت دانش آموزان:	۱۳۸۰				گزارش پایلوت برنامه آهن یاری در ساوجبلاغ ۱۳۷۹
	■ مکمل یاری هفتگی آهن					گزارش پوشش برنامه در استان های کشور
	■ بررسی اثربخشی برنامه مکمل یاری آهن در دانش آموزان	۱۳۹۱				پیش نویس پروپوزال اجرای طرح
۵	برنامه تغذیه بالینی	۱۳۸۲				پروتکل استاندارد مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در بیماری های شایع
۶	برنامه سوریالانس غذا و تغذیه	۱۳۸۹				راهنمای راه اندازی سیستم سوریالانس غذا و تغذیه
۷	ادغام برنامه کنترل و پیشگیری از اضافه وزن و چاقیدر گروه های سنی مختلف در نظام شبکه	۱۳۹۰				راهنمای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی
	استقرار برنامه جامع اصلاح الگوی مصرف:					پیش پروپوزال اجرای برنامه در استان های پایلوت
	■ اصلاح الگوی مصرف شیر و فرآورده های آن، میوه و سبزی					پیش نویس برنامه پنج ساله اصلاح الگوی مصرف شیر و فرآورده های آن
۸	تدوین و توسعه برنامه جامع تولید و ترویج محصولات غذایی حامی سلامت	۱۳۹۱				گزارش اولین جشنواره ملی شیر و سلامت
	■ پروژه آزمایشی کاهش مصرف نمک	۱۳۹۰				قطعه نامه اولین جشنواره ملی شیر و سلامت
	■ برنامه بهبود تغذیه در مراکز جمعی	۱۳۸۷				راهنمای حمایت خواهی کاهش مصرف نمک
۹	برنامه ارتقا، فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه:	۱۳۷۹				گزارش ۲ بسیج آموزشی یک هفته ای تغذیه
	■ اجرای طرح های آموزشی ارتقا، سطح فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه و کارکنان از طرق مختلف					بسته های آموزشی تهیه شده
	■ تقویت و توسعه برنامه های هدفمند آموزش تغذیه در رسانه های عمومی به ویژه صدا و سیما					کارگاه های آموزشی کارکنان
۱۰	استقرار سامانه برنامه های دیجیتال آموزش تغذیه	۱۳۸۰				نیزه های آموزشی و مطالب آموزشی درج شده در جراید
	■ نرم افزارهای تغذیه ای	۱۳۹۰				نرم افزارهای تغذیه ای
	■ بازی های یارانه ای					بازی های یارانه ای
۱۱	برنامه امنیت غذایی	۱۳۸۶				گزارش اولین نقشه آسیب پذیری تغذیه ای و سامانه ناامنی غذا
	- نقشه آسیب پذیری و ناامنی غذایی کشور					دستور عمل اجرایی
	- مدیریت تغذیه در بحران					جزوه آموزشی
۱۲	برنامه بهبود تغذیه میانسالان سالمندان	۱۳۸۸				راهنمای آموزش تغذیه میانسالان
						فرم ارزیابی وضعیت تغذیه میانسالان
						کتاب تغذیه سالمندان
۱۳	برنامه بهبود تغذیه مادران باردار و شیرده	۱۳۸۳				راهنمای وزن گیری مادران باردار
						راهنمای نیازهای تغذیه دوران بارداری و سیردهی
						گزارش عملکرد توزیع سبد غذایی
۱۴		۱۳۸۳				تفاهم نامه مشترک با بنیاد علوی
						گزارش طرح ارزیابی توزیع سبد غذایی

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

سال	ردیف ۱۲۹۰۰۱۰ برنامه ۳۰۳۰۵ (امنیت غذا و تغذیه)		ردیف ۱۲۹۰۰۱۲ 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 خطرزای 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)]
۶. 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 واحد های اطلاع رسانی غذا در دانشگاه های علو 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. پی گیری 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 نا سالم (Rapid Alert for Food)
۱۲. پایش برنامه برچسب گذاری مواد غذایی بر اساس ضابطه موجود

د) مداخلات بخش کشاورزی، صنعت و بازرگانی

ردیف	عنوان سند	عبارات
۱	مقام معظم رهبری	• نهضت احیا، و گسترش فرهنگ بهداشت و طبیعت پیگیری را با به کارگیری بوسیله کلیه امکانات موجود آغاز نمایند. • مسئله سلامت، هم در برنامه پنجم باید مورد توجه ویژه قرار بگیرد، هم در برنامه ریزی های گوناگون اجرایی 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 تامین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه.
۳	چشم انداز ۱۴۰۴	• برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تامین اجتماعی، فرصت های برابر، توزیع متناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره مند از محیط زیست مطلوب.
۴	سیاست های کلی نظام در چشم انداز	• قسمت ب امور اجتماعی، سیاسی، دفاعی بند ۱۲ - بهبود کیفیت زندگی، سلامت، امنیت غذایی، تربیت بدنی، رفع فقر و حمایت از گروه های آسیب پذیر و تحقق عدالت اجتماعی • قسمت ج امور اقتصادی ۳۲- تامین امنیت غذایی کشور با تاکید بر خودکفایی نسبی در تولید محصولات کشاورزی
۵	سیاست های کلی نظام در بخش کشاورزی (مصوبه پانزده تیر ۸۴ مجمع)	• ماده ۲- تامین 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 موثر 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 موثر از ساماندهی فرآیند تولید 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، تامین: درآمد تولید کنندگان، منافع مصرف کنندگان و بهبود کیفیت مواد و فرآورده های غذایی.
۶	شورای عالی اداری	• بند ۱۴) کل نگری، همسوسازی، هماهنگی و تعامل اثربخش دستگاه های اداری به منظور تحقق اهداف فراهنگی و چشم انداز. سیاست های کلی نظام اداری، ابلاغی ۱۳۸۹/۲/۱
۷	سیاست های کلی اصلاح الگوی مصرف ابلاغی ۱۳۸۹/۰۴/۱۵ 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، بهبود شرایط و کیفیت فرآیندهای «تولید و تبدیل گندم به نان» و «مصرف نان»
۸	قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی ۱۳۳۴/۳/۲۹ و اصلاحات بعدی آن	
۹	قانون سازمان دامپزشکی کشور مصوب ۱۳۵۰/۳/۲۴	ماده ۱ - به منظور تامین 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 ۱۳۷۴.۱۲.۲۷	
۱۱	اساسنامه انستیتو تحقیقات تغذیه ای و منابع 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	• 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 تامین امنیت غذایی، ...
۱۳	قانون نظام منفی کشور ۱۳۸۲/۱۲/۲۴	• ماده ۱۶ - صاحبان اماکن عمومی به تشخیص مجمع امور منفی 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 مورد تحاسب 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 ۱۳۸۳/۲/۲	
۱۵	تصویب نامه اعطای نشان ایمنی و سلامت به تولیدکنندگان برتر محصولات غذایی و بهداشتی کشور که در محصولات خود به مفاهیم سلامت و کیفیت فرآورده بهداشتی توجه را داشته باشند براساس 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 اسیدچرب ترانس پایین تر از ده درصد (۱۰٪) و همچنین از نمک های پدیدار تصفیه شده استفاده نمایند و تهیه غذا با ویژگی هایی غیر از این ممنوع می باشد. به منظور اطمینان از سلامت سایر مواد غذایی عرضه شده در دستگاه های اجرایی مذکور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است دستورالعملی را با تاکید بر سلامت غذا و تعادل ترکیب غذای عرضه شده تهیه نماید.
۱۶	• مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی از سال ۱۳۸۴-۱۳۹۰	
۱۷	قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۶۷/۳/۳	• ۱۱- تعیین و اعلام استانداردهای مربوط به: - الف - خدمات بهداشتی، درمانی، بهزیستی و دارویی. - ب - مواد دارویی، خوراک، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی، آرمایشگاهی، 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 یا دائم پروانه های: - الف - مؤسسات پزشکی، دارویی، بهزیستی و کارگاه ها و مؤسسات تولید مواد خوراک و آشامیدنی و بهداشتی و آرایشی. • ۱۷ - تعیین ضوابط مربوط به ورود، ساخت، نگهداری، صدور، مصرف و انهدام مواد اولیه بیولوژیک مخدر، خوراک، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی، آرمایشگاهی و فرآورده های دارویی و تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توانبخشی و نیز ارزشیابی، نظارت و کنترل ضوابط مذکور.

ردیف	عنوان سند	عبارات
۱۸		قانون هدفمند کردن یارانه ها ۱۳۸۷/۱۰/۹ و آیین نامه های اجرایی آن • ماده ۴- ... هدفمند کردن یارانه گندم، برنج، روغن، شیر، شکر، ... • ماده ۵- پرداخت یارانه آرد و نان را به میزانی که در لایحه بودجه سالیانه مشخص می شود... • ماده ۶- ... سیاست هایتشویقی و حمایتی لازم را برای ایجاد و گسترش واحدهای تولید نان صنعتی ...
۱۹	سند نقشه جامع علمی کشور اسفند ماه ۱۳۸۹	• اولویت های علم و فناوری کشور: الف) استفاده از الگوهای تغذیه بومی/ ب) فناوری تغذیه/ ج) ایمنی غذایی و امنیت غذایی • 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. • اقدام ملی ۱ در راهبرد ۱۱) توسعه آموزش ها و پژوهش های حوزه تغذیه و پیشگیری، به منظور بهره مندی از موادغذایی سالم و حفظ سلامت جامعه
۲۰	سند نقشه علمی سلامت اردیبهشت ۱۳۹۰	• تدوین استانداردها و اعمال آن در خصوص سلامت مواد غذایی (از تولید تا مصرف) و خدمات سلامت در سطح ملی، به عنوان یکی از الزاماتی که برای تحقق اهداف این نقشه می بایست توسط دولت و سایر سازمان ها و نهادهای خارج از نظام سلامت انجام پذیرد شناخته شده است.
	نقشه تحول نظام سلامت تصویب نامه شماره ۱۰۳۶۲/ت/۱ ت ۴۷۹۷۱ مورخ ۱۳۹۱/۱/۲۶ هدف کلان ۱۲) کاهش ناامنی غذایی خانوار سیاست ۹) تامین حق مردم در بهره مندی عادلانه از سبد غذایی و آشامیدنی مطلوب و مکفی. برنامه های ملی:	• استقرار شبکه ملی آزمایشگاه های کشور : هم افزایی تجهیزات و ظرفیتهای شبکه های آزمایشگاه های تحقیقاتی ، کنترل دارو و غذا ، ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و سازمان انتقال خون • یکپارچگی سیاستگذاری، تولید و برنامه ریزی برای امنیت غذا و تغذیه و تامین ایمنی غذا و تعیین استانداردهای مربوطه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی : اجرای برنامه ملی ایمنی غذا از مزرعه تا سفره ، فراهمی امکان توزیع عادلانه سبد غذایی مطلوب و مواد غذایی سالم برای برخورداری تمامی افراد جامعه از غذای مناسب و کافی ، سازماندهی سیستم نظارت بر واردات، مراکز تولید، تهیه، نگهداری، توزیع و حمل و نقل مواد خوراکی و آشامیدنی ، نظارت بر روند پایش و کنترل قیمت مواد غذایی اساسی ، ایجاد و تقویت سیستم خوداظهاری جهت نظارت بر مراکز عرضه مواد خوراکی و آشامیدنی و ارتقای برچسب گذاری مواد غذایی و آشامیدنی با تاکید بر میزان قند، نمک و چربی فرآورده ها (براساس استاندارد اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی • 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 • 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 فناوریهای نوین ، ارتقای کیفیت استانداردهای بومی مواد خوراکی و آشامیدنی بر مبنای استانداردهای بین المللی ، توسعه روشهای زیست فناوری در تولید مواد غذایی ، غنی سازی فرآورده ها و اجزای زنجیره تولید غذا مانند خاک کشاورزی با ریز مغذی ها، غنی سازی مواد غذایی با ریز مغذی ها ، طرح تولید غذاهای فراسودمند و حمایت از تولید موادغذایی ارگانیک • بومی سازی سبد غذایی مطلوب : مطالعه و شناسایی غذاهای سنتی و تعیین ارزش تغذیه ای آنها به منظور ترویج غذاهای سنتی سالم در منطقه و ترویج استفاده از مواد غذایی و آشامیدنی با منشأ طبیعی • ارتقای کنترل و پایش مواد غذایی و آشامیدنی : اعطای نشان ایمنی و سلامت محصولات غذایی و آشامیدنی ، درجه بندی واحدهای تولیدی مواد غذایی و آشامیدنی و ارتقای استاندارد آب آشامیدنی سالم • کنترل و پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در 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 موثر در استقرار نظام مراقبت بخشی و بین بخشی و ترسیم نقشه آسیب پذیری و ناامنی غذایی کشور و استقرار نظام پایش ناامنی غذایی
	قانون برنامه پنجم توسعه	• ماده ۳۲- الف- فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ، ماده ۳۴- د- تعیین فهرست مواد و فرآورده های غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب برای گروه های سنی مختلف .. • ماده ۳۴- و- تعیین مقدار مصرف مجاز سموم و کودهای شیمیایی برای تولید محصولات باغی و کشاورزی ، ماده ۳۷- الف- تهیه فهرست اقدامات و کالاهای آسیب رسان به سلامت • ماده ۳۷- الف- ممنوعیت و مجازات تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت ، • ماده ۳۸- ج- به منظور ارتقاء شاخص های سلامت و بهداشت در تولید و عرضه مواد غذایی و کاهش تصدیهای دولت ، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان سیاستگذار و ناظر عالی سلامت در کشور ، اجرای نظام نظارت و بیمه اجباری تضمین کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی در اماکن مربوط و توسعه فروشگاه های زنجیره ای مواد غذایی • ماده ۴۳- حفظ ظرفیت تولید و نیل به خودکفایی در تولید محصولات اساسی کشاورزی و دامی/اصلاح الگوی مصرف بر اساس استانداردهای تغذیه، ... فراهم نمودن زیر ساخت های امنیت غذایی • ماده ۴۵- به منظور اقتصادی و رقابتی نمودن تولید و افزایش صادراتمحصولات کشاورزی ... • ماده ۴۹- دولت مجاز است با هدف تأمین امنیت غذایی اقدامات زیر را انجام دهد: الف- حمایت مالی از توسعه کشتارگاه های صنعتی و بهبود کشتارگاه های سنتی و نیمه صنعتی ب- ارتقاء سطح کلی حمایت از کشاورزی به حداقل سی و پنج درصد (۳۵٪) ارزش تولید این بخش ج- حمایت از افزایش تولید پروتئین حیوانی حاصل از انواع دام، طیور و آبزیان تبصره ۱- ... سامانه هوشمند مراقبت بیماری های دامی و هویت دار نمودن جمعیت دامی کشور تبصره ۲- دولت برنامه تامین سلامت غذا از مزرعه تا سفره را طی سال اول برنامه تصویب و اقدامات قانونی لازم برای اجرای آن را به عمل آورد.
۲۳	بسته اجرایی ۶) ارتقاء امنیت غذا و تغذیه با محوریت اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود	• کاهش میزان عوامل خطر برای شاخص (آلفاتوکسین 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

ردیف	عنوان سند	عبارات
	ترکیب و سلامت غذایی	پایان برنامه - ارتقا: سطح ایمنی ۸ محصول غذایی و آشامیدنی (زیتون، فراورده های گوشتی، فراورده های لبنی، نان، روغن های خوراکی مصرف خانوار، کباب کوبیده، سالاد فصل، بستنی سستی) به میزان ۵۰٪ سال پایه تا پایان برنامه - ارتقا 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 سو: تغذیه در گروه های آسیب پذیر (کودکان، نوجوانان، زنان باردار، میانسالان و سالمندان) به میزان ۱۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه - کاهش شیوع کمبود ریزمغذی های شایع (ید، آهن، روی، ویتامین د و ویتامین آ) در گروه های سنی به میزان ۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه
۲۴	سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه ها	بر طبق بند اول ماده ۱ سند کاهش 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. – 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.
۲۵	آیین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی	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) کیلو کالری روزانه برای هر فرد بر مبنای سبد مطلوب غذایی نباشد. ماده ۲ بند ج – جمعیت هدف تحت پوشش این آیین نامه به سه گروه درآمدی زیر طبقه بندی می شوند: گروه اول - جمعیت زیر خط فقر شدید. گروه دوم - جمعیت مابین خط فقر شدید و خط فقر مطلق. گروه سوم - جمعیت بالاتر از خط فقر مطلق تبصره ۱ – برای گروه های اول و دوم اقدامات جبرانی و برای گروه سوم اقدامات ارتقایو پیشگیرانه انجام می گیرد.
۲۶	قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	– ماده ۱۰: اتخاذ سیاست های یارانه ای در چارچوب قانون و براساس 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. – ماده ۱۶، بند «ط»: ساماندهی و مدیریت اجرایی نظام هدفمند یارانه های اجتماعی و جهت دهی آن به سوی افراد و خانواده های نیازمند با رویکرد خود اتکایی و اشتغال در چارچوب قانونی و سیاست های کلی نظام، برعهده دولت می باشد.
۲۷	سند ملی توسعه فرابخشی امنیت غذا و تغذیه برنامه چهارم	

تحلیل محیط درونی (قوت ها و ضعف ها)	تولیت (برنامه ، هماهنگی درون بخشی ، جلب حمایت، نظارت و مقررات ، حقوق بیمار ، همکاری بین بخشی و مشارکت مردم)	
	قوت ها	ضعف ها (فرصت های بهبود)
	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	نبود نظام استقرار و پایش برنامه ها ی مصوب بین بخشی ، ضعف در ضمانت اجرایی برای قوانین موجود و نظارت بر اجرای قوانین ، ضعف هماهنگی درون بخشی و همچنین همکاری برون بخشی ، نبود سیستم پایش مستمر (سورویلانس) غذا و تغذیه ، ضعف مشارکت مردم در ارتقای تغذیه و امنیت غذایی ، نبود ساختار مناسب دفتر بهبود تغذیه ، نبود نظارت کافی مشخص در سلامت تغذیه ای گروه های ویژه دانش آموزی ، دانشجویان ، مهدهای کودک ، سربازخانه ها ، زندان هاو ...) ، 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 دوتا یکی است.. بی توجهی به تغذیه در مکان های عمومی ادارات ،کارخانه ها، رستوران ها
	منابع(تامین مالی، نیروی انسانی، اطلاعات ، دارو)	
	قوت ها	ضعف ها (فرصت های بهبود)
	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 منظور 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	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
	ارایه خدمات(ارتقای سلامت ، پیشگیری ، درمان و بازتوانی)	
	قوت ها	ضعف ها (فرصت های بهبود)
	وجود تجربه های موفق در زمینه کاهش سو، تغذیه (کاهش ۵۰ درصدی سو، تغذیه کودکان 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 ییددار کردن نمک) ، کاهش کمبود ریزمغذی ها با اجرای برنامه های مکمل یاری و غنی سازی ، توسعه برنامه های ایمنی غذایی در کشور	نبود کارشناس تغذیه در سطوح محیطی برای ارائه خدمات مشاوره ، نبود ساختار مناسب تغذیه در بیمارستان ها ، پایین بودن اهمیت سهم برنامه های امنیت غذا و تغذیه از کل برنامه های سلامت نبود بستر مناسب اجرایی تغذیه در سطوح ملی ، استانی وشهرستان
	تحلیل محیط بیرونی (تهدید و فرصت)	محیط نزدیک (دینفعان درون وزارتی و وزارت خانه های همکار)
فرصت ها		تهدید ها
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 آیین نامه های نظارتی برای کنترل و بهبود برنامه های غذا و تغذیه ، وجود مراکز پژوهشی و آموزشی در زمینه امنیت غذا و تغذیه ، توان تولید بالا در کشور		تداخل وظایف در حیطه های غذا و تغذیه و نظارت بر آن (همپوشانی وظایف و یا اختلاف در تفسیر قانون مربوط به وظایف سازمان ملی استاندارد برای ارایه مجوز های 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) ، نبود زمینه های مناسب برای فرهنگ سازی به ویژه در رسانه ملی (تبلیغ مواد غذایی تهدید کننده سلامت بدون محدودیت) ، نبود هماهنگی کافی بین بخش های تولید غذا و متولیان سلامت ، روشن نبودن سیاست های کلان غذایی در کشور (تولید ، توزیع و مصرف) ، ناهماهنگی وزارت صنعت، معدن و تجارت با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اعطای مجوز تاسیس کارخانه مواد غذایی (مدور 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 ودر آخرین مرحله برای اخذ مجوز تولید به سازمان غذا و دارو مراجعه می کند)
محیط دور(عوامل اقتصادی ، اجتماعی ، سیاسی ، فن آوری ، بین المللی و محیط زیست)		
	فرصت ها	تهدیدها
	توجه به موضوع امنیت غذا و تغذیه در قوانین کشور ، وجود منابع مالی کافی برای تامین امنیت غذا و تغذیه ، رشد فن آوری های غذا تغذیه در جهان ، وجود منابع طبیعی برای تامین امنیت غذا و تغذیه	ناکافی بودن حمایت های سیاسی در بهبود امنیت غذا و تغذیه ، اثرات منفی تحریم های بین المللی بر واردات غذا ، هدفمندی یارانه ها و اثرات آنها بر نرخ تورم و قیمت هاو تاثیر آن در وضعیت تغذیه و امنیت غذایی، یارانه های غذایی غیر هدفمند و اثرات آن بر تغذیه خانوار ، افزایش خانوارهای در محدوده و زیر خط فقر و اثرات آن بر تغذیه خانوار ، آلودگی محیط زیست و تغییرات محیطی شامل خشکسالی ، طوفان شن و سیل و اثر آن بر محصولات کشاورزی ، رشد آسیب های اجتماعی و تاثیر آن بر تغذیه افراد و خانوار ها ، حاشیه نشینی و اسکان غیررسمی

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 " براساس 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 یخدار 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 شیرمادر که در بهبود شاخص تولد نوزاد کم وزن و کاهش بیماری های کودکان موثر بوده است . در این زمینه تاثیر 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 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 عوارض بیش خوری 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 غیرواگیر متعاقب آن به ویژه سکنه های قلبی و مغزی ، فشارخون ، دیابت و سرطان ها موثرند .
- (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 فند ، 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 زیر ۵ سالدر 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 (۲۱۰۴٪) ، کمبود ویتامین آ (۱۶٪) کمبود ویتامین د از نوع حاشیه ای متوسط و شدید (۵۶۰۵٪) ، 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 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 ارایه 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 واحد های 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 مطابق 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 تامین پایدار غذای سالم برای گروه های سنی و همچنین ایمنی غذایی در فرایند تولید و عرضه
- نظام همکاری درون بخشی در زمینه کاهش بیماری های مرتبط تغذیه و تامین سلامت تغذیه ای آغاز زندگی با سایر واحد های همکار
- 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 و مرکز سلامت محیط و کار معاونت بهداشت نشان می دهد که هم پوشانی های وظیفه ای درتولی گری نظارت و کنترل یکپارچه بر ایمنی غذایی از تولید تا عرضه وجود دارد که در نهایت موجب ائتلاف 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 تامین 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 درونینقاط قوت برجسته تر از نقاط ضعف آن است (تولیت، 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 بلامانع است، یکی از فرصت های بهبود نظام نظارت، مشارکت اصناف و سندیگاه های 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 قله 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 مصرح در قرآن مجید احصا و ترویج شود.

(۱۶) با توجه به مصادیق قانونی ذکر شده در سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور و با عنایت به این موضوع که پس از اجرای قانون هدفمندسازی 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 بلاخص 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 سیاست های اقتصادی، تأثیرات ناشی از اجرای رفاہ آحاد کشور نیز مدنظر قرار گرفته و هزینه های جبرانی آثار سوء سیاست ها و برنامه های اقتصادی بر رفاہ مردم از منابع اجرای همان سیاست ها و برنامه های اقتصادی تأمین شود. بنابراین لازم است که طرح های پراکنده کاهش فقر غذایی خانواده های کم درآمد که تا پیش از اجرای قانون هدفمندسازی 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 با عنوان "ردیف امنیت غذایی" ایجاد شود تا اثر بخشی طرح های امنیت غذایی بیش از پیش شده و گامی موثر در راستای تأمین اهداف نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران جهت خدمت رسانی به اقشار محروم جامعه باشد.

جدول خلاصه بخش شناخت سند ملی تغذیه و امنیت غذا		
شی نقطه تمرکز در بهبود شاخص های سطح اثر نهایی تغذیه و امنیت غذایی		
(۱) نیاز به بهبود شاخص های سو، تغذیه (کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی کودکان زیر ۵ سال) (۲) نیاز به بهبود وضعیت ریزمغذی 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 بیماری های غیرواگیر مرتبط با تغذیه (سکته های قلبی، مغزی، فشار خون و دیابت) (۵) نیاز به بهبود دسترسی عادلانه به اقلام غذایی اصلی (بهبود دسترسی دهک های پائین درآمدی و نقاط جغرافیایی مشخص) (۶) اقدام عاجل برای استان هایی که در طیف نسبتاً ناامن تا بسیار ناامن غذایی قرار دارند (هرمزگان، کهکویه و بویر احمد، سیستان و بلوچستان به عنوان اولویت دار ترین، خوزستان، کرمان، ایلام، بوشهر به عنوان استان های اولویت دوم، اردبیل، چهارمحال و بختیاری، فارس، کرمانشاه، کردستان، لرستان و خراسان جنوبی به عنوان استان های اولویت دار سوم)		
حوزه ها	نقاط تمرکز در سه حوزه پیامدی از امنیت غذا و تغذیه	
تامین پایدار غذا (Sustainable Food Supply)	(۱) تناسب حجم تولید اقلام اصلی غذایی با سبد غذایی مطلوب (۲) تولید محصولات کشاورزی خام (محصول زراعی، دام و طیور و شیلات) و 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 بیماری های شایع غیرواگیر در کشور (۵) نیاز به بهبود دسترسی و بهره مندی عادلانه از غذا (توجه به تامین دهک های اقتصادی پائین و توزیع جغرافیایی عادلانه) (۶) نیاز به پیشگیری و مدیریت عوامل محیط زیستی موثر بر کشاورزی (۷) نیاز به تامین آبیاری سالم زمین های زراعی و سبزی کاری در معرض ورود فاضلاب انسانی	تامین غذای کافی و در دسترس Food availability and Accessability
ایمنی غذایی (Food Safety)	(۱) تدوین استانداردها و نظارت بر رعایت آنها با مشارکت کلیه شرکا از جمله اصناف و سندیکاها در کل زنجیره غذا (۲) نیاز به 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	بهره مندی بدن از غذای خورده شده (Food Utilization)
بهبود تغذیه (Nutrition)	(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 سوریالانس غذا و تغذیه و اطمینان از سیری سلولی و سلامت تغذیه ای جامعه	

الف) دورنما در ۱۳۹۹

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 ارتقاء دهند .

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

۱. افزایش سوادتغذیه ای گروههای هدف اولویت دار حداقل به میزان ۵۰٪ سال پایه
۲. افزایش میانگین دریافت اقلام اصلی سبد غذایی (میوه ها، سبزیها، شیرولبنیات 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 فرآورده های 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. بهره مندی ۱۰۰٪ درصد 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 یخدار تصفیه شده درحداقل 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 فراوری 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. استانداردسازی 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، ابلاغ ، ترویج و حداقل یکبار رصد 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 دو و 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٪ غذاخوری 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٪

حوزه ها	برنامه ها	دستگاه های مسئول
تأمین پایدار غذا (Sustainable Food Supply)	برنامه ۱) تولید محصول کشاورزی سالم (پیشنهاد و نظارت ضوابط ، پیش نویسی استانداردهای ملی ، دستورعمل های فنی و ترویج روش ها و فن آوری های نوین و مبتنی بر شواهد تولید محصول کشاورزی شامل دام، طیور، شیلات و زراعی سالم) برنامه ۲) فراهمی ارقام اصلی غذایی و تضمین بازار مناسب (بازنگری 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) برنامه ۳) فرمول بندی سالم محصولات غذایی تولیدی(کاستن از مقدار نمک، قند افزوده ،چربی اشباع شده و...) برنامه ۴) غنی سازی اجباری و اختیاری غذاهای اصلی و تکمیلی (در مواردی که کمبود ریزمغذی ها وجود دارد، رعایت هزینه اثربخشی اقدام ها،پایش پیشرفت ، شناخت مخاطرات) برنامه ۵) ابزارهای اقتصادی موثر بر تغذیه مناسب و سالم (مالیات ها ، یارانه ها ، وام)(برای کمک به دسترسی و بهره مندی 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 کهنده سلامت و اختصاص در آمد حاصله برای یارانه به گروه های آسیب پذیر در تامین غذاهای سالم و با ارزش تغذیه ای بالا) برنامه ۶) برنامه مدیریت اثر تغییرات آب و هوا بر تغذیه و امنیت غذایی	وزارت جهاد کشاورزی و سازمان دامپزشکی ، صنعت معدن تجارت ، اقتصاد دارایی ، سازمان محیط زیست
ایمنی غذایی (Food Safety)	برنامه ۷) شبکه ملی پایش غذا (پایش محصولات غذایی، آرایشی و بهداشتی [Post Marketing Survey (PMS)] ؛ تضمین اینکه محصولات تجاری با رعایت دستور عمل موجود عرضه شود و بهبود نظام ثبت و بررسی گزارشات مردمی در خصوص محصولات غذایی و آشامیدنی) 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) برنامه ۹) ارتقای سطح ایمنی و کاهش عوامل خطرزای شاخص در محصولات غذایی و کشاورزی اولویت دار(آفاتوکسین 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) برنامه ۱۰) درجه بندی دوره ای مراکز تولیدیو 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) 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) برنامه ۱۲) نظارت و به روز آوری زنجیره غذا به صورت یکپارچه و بر اساس ارزیابی خطر (همهنگ سازی با استانداردهای بین المللی و ملی) *	سازمان غذا و دارو ، سازمان ملی استاندارد ، و دفتر سلامت محیط و کار وزارت بهداشت
بهبود تغذیه (Nutrition)	برنامه ۱۳) سلامت تغذیه ای آغاز زندگی (دوره قبل لاقح ، جنینی(بارداری) ، شیرمادر و تغذیه تکمیلی ، مهد کودک و مدرسه) برنامه ۱۴) سیاست ها و راهنماهای غذا و تغذیه (اعلان سیاست های دوره ای تغذیه کشور ازجمله سید 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 موا 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 تاکید بر گروه های فقیر و آسیب پذیر ، در نظر گرفتن حساسیت های قومی،فرهنگی و مذهبی و فراهمی مواد غذایی،) برنامه ۱۵) ارتقای سواد تغذیه ای و تشویق مصرف کنندگان و فراهم آورندگان غذا (درباره غذا، تغذیه، ایمنی غذا ، حقوق مصرف کنندگان،فرمت 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 ، توانمندسازیمحلیومنتظقیها در زمینه رفتارهای سالم تغذیه ای ، آموزش تغذیه و شیوه زندگی سالم در مقاطع 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، ادارات، سازمان ها و کارخانجات) برنامه ۱۶) تضمین هم افزایی درون و برون بخشی برای تغذیه مناسب و سالم (افزایش تحرک فیزیکی ، کاهش مصرف الکل ، مشاوره تغذیه در بیماری های غیرواگیر ، تامین آب آشامیدنی سالم و...) برنامه ۱۷) برقراری برنامه های حمایت از گروه های فقیر و آسیب پذیر (با تامین یارانه های غذا ، توزیع مواد غذایی ، تامین 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 for 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 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 تمدید مجوز کار کارکنان سلامت در تشخیص و درمان بیماری های تغذیه ای: ارائه رژیم های مختلف غذایی موردنیاز بیماری های مختلف) برنامه ۱۹) نظام مراقبت تغذیه ای و ایمنی غذای در بیمارستان ها (ابلاغ و اجرای استانداردهای بخش غذای بیمارستان ، برنامه های بهبود تغذیه بیمارستان ها(شامل: آموزش، پژوهش و مداخلات) ، تامین غذای سالم و کافی برای بیماران متناسب با نیاز ، غربالگری مخاطرات در همه بیمارستان ها برای جلوگیری از کم غذایی، سو، تغذیهتشویق به تولید و استفاده از مکمل های غذایی بیمارستانی با تاکید بر بخش مراقبت های ویژه) برنامه ۲۰) مدیریت تغذیه در بحران	دفتر بهبود تغذیه معاونت بهداشت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

جدول زمان بندی استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور (۱۳۹۱-۱۳۹۴)

مرحله	پروژه ها و اقدامات	سال های اجرای برنامه			
		۹۴	۹۳	۹۲	۹۱
بستر سازی استقرار	۱. تصویب سند در شورای معاونین وزارت بهداشت و ابلاغ درون سازمان (حوزه ستادی و دانشگاه ها) ، تصویب برنامه و ملحقات آن در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ، احیا و تثبیت ساختار دفتر بهبود تغذیه جامعه				
	۲. انعقاد تفاهم نامه ملی تغذیه و امنیت غذایی و ترویج رسانه ای				
	۳. تشکیل کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی و 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 و شورای مراقبت از برنامه برای تدوین برنامه های بیست گانه				
پایش و ارزشیابی اجرا	۸. تدوین و تصویب برنامه های بیست گانه در کمیته بین بخشی پایش تغذیه و امنیت غذا (کمیته بپا !)				
	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 درون 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 استانداری ، 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 بستر اجرایی مناسب برای اجرا و پایش برنامه های بهبود تغذیه جامعه را فراهم آورند .

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 بخشیو 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 وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی (رئیس کارگروه)
 - ۲) مدیرکل 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 اماکن عمومی)
 - ۵) معاون غذا، سازمان غذا و دارو
 - ۶) مدیرکل 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 تولیدکنندگان، گمرکات کشور)
 - ۱۱) نماینده اتاق بازرگانی
 - ۱۲) نماینده سازمان تعزیرات حکومتی
 - ۱۳) رئیس مجمع عالی واردات (واردکنندگان مواد غذایی)
 - ۱۴) رئیس اتحادیه مرکزی نظارت و هماهنگی 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 صرفا 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 رای گیری موارد با موافقت دو سوم اعضا تایید 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 روند پیشرفت پروژه های برنامه جامع امنیت غذا و تغذیه ، تصمیم برای کاربرست 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 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 تامین خواهد شد و در این مورد از راهنمایی و نظارت نماینده مدیرکل 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 ، سازمان دهی ، پایش و گزارش دهی به دبیرخانه معرفی می نماید .
۳. در سه سال اول استقرار برنامه جامع ، موسسه 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 آموزشی 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 درون بخشی و دانشگاه های علوم پزشکی و اداره دستورعمل ها و سواد تغذیه ای » واحدهای سازمانی هستند که در دفتر بهبود تغذیه 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 به تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور رسیده است و بازبینی آن به پیشنهاد رئیس کارگروه و تصویب شورای عالی قابل انجام است .

نظام استقرار و هماهنگی برنامه جامع تغذیه و امنیت غذایی کشور

وزیر بهداشت

معاون بهداشت ، معاون درمان
و سازمان غذا و دارو

استانداران ،
کارگروه های تخصصی
سلامت و امنیت غذایی استان ها
دبیرخانه شورا

معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی
ریاست جمهوری
وزارت خانه های جهاد کشاورزی ،
صنعت معدن تجارت ،
تعاون کار و رفاه ، سازمان ملی استاندارد ،
صدا و سیما
توزیرات حکومتی ، اتاق بازرگانی ،
شورای عالی استان ها
و سایر اعضای بین بخشی مندرج در آئین نامه

دفتر بهبود تغذیه جامعه

اداره دستورعمل ها و سواد تغذیه

اداره هماهنگی درون بخشی و پایش استانی

اداره همکاری بین بخشی

برنامه های مندرج در برنامه جامع امنیت غذا و تغذیه کشور

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

تقسیم کار درون 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 دفترشامل برنامهترویج فرهنگ و سواد تغذیه ای ، برنامه تدوین و بازبینی پروتکل های تغذیه ای ، برنامه اطمینان از هم افزایی درون و برون بخشی، برنامه ارزشیابی ، مطالعات و دیده بانی امنیت تغذیه و غذا کشور و برنامه تغذیه در بحران
	دفتر سلامت جمعیت و تنظیم خانواده	حمایت وتقویت 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 ، ارتقا کیفیت خدمات تغذیه ای کودک ،مادران باردار ، دانش آموزان ، میانسالان وسالمندان ، تعامل با دفتر بهبود تغذیه جامعه برای پالیوت سازی وادغام برنامه پیشگیری وکنترل اضافه وزن وچاقی کودکان ونوجوانان و پالیوت سازی وادغام برنامه سورویلانس غذا و تغذیه ، کاهش ساعت کاری مادران باردار شاغل و افزایش مرخصی زایمانی تا یک سال برای مادران و قانون مرخصی همسران به مدت ۲ ماه پس از زایمان مادر برای حمایت از مادروشیرخوار ، ارتقا، وضعیت تغذیه رایگان در مدارس و استفاده از مواد غذایی مغذی (از جمله مغز دانه ها ، میوه ها و سبزیها)، 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	گنجاندن مباحث کیفیت تغذیه ای در بازدید های بازرسین بهداشت محیط از فروشگاهها ومراکز عرضه مواد غذایی ، تقویت پایش کیفیت نمک های خوراکی در سطوح عرضه و مراکز توزیع وعرضه غذا ، آموزش وبازآموزی بازرسین بهداشت محیط در زمینه تغذیه وبهداشت مواد غذایی با هماهنگی دفتر بهبود تغذیه جامعه ، تعامل با دفتر بهبود تغذیه جامعه برای پالیوت سازی وادغام برنامه سورویلانس غذا وتغذیه ، پیادهسازیسистم های مدیریت ایمنی مواد غذایی در واحدهای عرضه و توزیع مواد غذایی ، ایجاد و تقویت سیستم خوداظهاری جهت نظارت بر مراکز عرضه مواد غذایی ، گسترش بهسازی محیط (آب و فاضلاب و زیاله)با تاکید بر مناطق محروم ، مدیریت صحیح باز یافت زیاله و آموزش آن در جامعه
	مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت	تجهیز خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به ترازو و قدسنج های مورد نیاز با کیفیت مناسب برای اندازه گیری شاخصهای آنتروپومتریک گروههای سنی مختلف ، راه اندازی واحدهای مشاوره تغذیه در مراکز بهداشتی درمانی ، تعامل با دفتر بهبود تغذیه جامعه برای پالیوت سازی وادغام برنامه سورویلانس غذا وتغذیه ، ادغام بسته های خدمتی تغذیه در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع ، ارتقا، دسترسی حاشیه نشین ها به خدمات تغذیه ای استاندارد از طریق شبکه های بهداشتی درمانی کشور
معاونت درمان	مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر	گنجاندن خدمات تغذیه ای در پیشگیری وکنترل بیماریهای غیرواگیر (بیماری های قلبی عروقی، دیابت ، سرطان ها ، بیماری های ژنتیکی ازجمله فنیل کتونوری تالاسمی و) ، تعیین روند تغییرات عوامل خطر تغذیه ای بیماری های غیرواگیر براساس اولویت های دفتر بهبود تغذیه جامعه ، تعامل با دفتر بهبود تغذیه جامعه برای پالیوت سازی وادغام برنامه سورویلانس غذا وتغذیه
	مرکز مدیریت بیماری های واگیر	حفظ و افزایش پوشش برنامه ایمن سازی ، تشخیص و درمان به موقع بیماریهای انگلی روده ای و گنجاندن خدمات تغذیه ای در پیشگیری وکنترل بیماریهای واگیر (سل ، ایدز ، مالاریا)
	دفتر ارزیابی فناوری و استاندارد و تعرفه	همکاری با دفتر بهبود تغذیه در تدوین بسته های خدمتی مرتبط به مشاوره بالینی تغذیه و تعیین تعرفه مناسب برای مشاوره تغذیه بالینی در سرپایی و بستری
	دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی	بازنگری و تقویت ساختار تغذیه و رژیم درمانی در بیمارستان به منظور ارائه خدمات مشاوره تغذیه به بیماران قبل و پس از ترخیص از بیمارستان. تشکیل واحد تغذیه و رژیم درمانی در بیمارستان در سطح ستادی وزارت بهداشت (در چارچوب تشکیلات تغذیه سطح ستادی) جذب وبکارگیری کارشناسان تغذیه در بیمارستان ها
	دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان	گنجاندن شاخص های کیفیت مربوط به خدمات مشاوره تغذیه در رتبه بندی ها و اعتبار بخشی مراکز ، تامین 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 خصوصي (کلینیک ، مطب و بیمارستان ها)مراقب تغذیه ، گسترش خدمات مشاوره ای تغذیه ای از راه دور
معاونت آموزشی	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 استیاد و نخبگان	تدوین و راه اندازی دوره های آموزشی RD (Registered Dietitian) به منظور افزایش دانش و مهارت کارشناسان تغذیه در امر مشاوره تغذیه و رژیم درمانی حمایت ،تامین اعتبار لازم برای راه اندازی دوره تغذیه با گرایش های مختلف براساس کوریکولوم های تدوین شده در پروژه بانک جهانی(تغذیه جامعه ، سیاستگذاری غذا وتغذیه ،اپیدمیو لوژی تغذیه ..) ، بازنگری کاریکولوم دانشجویان پزشکی وپیراپزشکی وگنجاندن مطالب تغذیه ای در آنها ، برقراری ارتباط و جلب همکاری دانشگاه های بین المللی برای تقویت رشته دکتری تغذیه و تربیت متخصصین در حوزه های مختلف غذا و تغذیه ، طراحی دوره های بازآموزی سالانه وبژه کارشناسان تغذیه
	مرکز بودجه و پایش عملکرد ، مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری ، اداره کل منابع انسانی و پشتیبانی ، اداره کل امور مالی و ذیحصاسی ، دفتر توسعه منابع فیزیکی و امور عمرانی	تحلیل و بررسی کمیت و کیفیت نیروی انسانی مورد نیاز برای استقرار سند تغذیه و امنیت غذایی در کشور در افق ۱۴۰۴ ، تامین کمیود ۳۰درصدی کارشناسان بهداشت محیط در کشور و تامین 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 جمعیم 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 دانشگاهها و شهرستانها
	معاونت تحقیقات و فناوری	طراحی و استقرار اولویت های تحقیقاتی تغذیه و امنیت غذایی از طریق شبکه تحقیقات تغذیه ای کشور از جمله مطالعهوزمینشناختیارهاورفتارهایغذاییدرهرمنطقه ، مطالعه و شناسایی غذاهایستویوتعیینارزشتغذیهایآنهاهمنظورنظرونیجهذاهایبسیستیبامدرمنطقه استقرار نظام دیده بانی امنیت تغذیه و غذا در موسسه ملی تحقیقات سلامت با همکاری سایر مراکز و قطب های علمی مرتبط درون و برون بخشی
	سازمان غذا و دارو	سازماندهی مجدد سیستم نظارت مراکز تولید ، تهیه ،نگهداری ، توزیع و حمل و نقل غذا ، گسترش و بهسازی مراکز نگهداری و ذخیره سازی مواد غذایی(سیلو ، انبار ، سردخانه) ، تسهیل مقررات مربوط به واردات مکمل های تغذیه ای مورد استفاده در تغذیه بیماران بستری در بیمارستانها بازنگری و تقویت نظارت بر اجرای قوانین و استانداردهای ملی بسته بندی موادغذایی 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 کیفیتی) ، ارتقاکنترلوارزبایبایکودگیهایغذاییاعماززیستوشیمیاییدرسطحکشور ، کنترلیکفیتمحصولاتغذاییغیشده ، توسعه روش های بیوتکنولوژی در تولید مواد غذایی و استفاده از تکنولوژی مناسب در بسته بندی مواد غذایی، تولید مکمل های ارزان تر و با قابلیت پذیرش بهتر (اسپریپکسل ، فودلت ..) ، جایگزینیرنگهای مصنوعی با رنگ های طبیعی ، تولید محصولات غذایی رژیمی برای گروه های خاص جامعه ، نظارت برکاهش میزان کربوهیدرات های ساده، روغن ، چربی و نمک در فرآورده های غذایی ، ارتقا، کیفیت تغذیه ای محصولات غذایی فرآوری شده ، بهبودکیفیتروغنهایمصرفیوبهداقلرساندنمیزاناسیدهایچرباشباعوترانسدرآنها ، تامین و تدارک مکمل های مورد نیاز با قیمت و کیفیت مناسب و قابل دسترس برای کودکان ، مادران باردارد وشیریده ودختران دانش آموز ، ارائه آموزش مناسب به مدیران و مسئولان واحدهای تولیدی در سطح کشور در باره سیستم HACCP و تغییر نگرش آن ها از روش کنترل و تشخیص سستی 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 وبپگیری 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 آکروپتیه که بتواند کنترل کیفیت محصولات غذایی غنی شده را انجام دهند ، تدوین قانون و اجرای سریع برنامه برجسب گذاری تغذیه ای بر کالاهای غذایی ، تشویق و جلب همکاری صنایع غذایی برای تولید غذاهای حای سلامت و حمایت از تولید محصولات غنی شده و فراسودمند (functional food) براساس سیاست های کنترل کمیود ریزمغذی ها در دفتر بهبود تغذیه جامعه
شورای سیاست گذاری و شورای معاونین	مرکز امور دانشجویی و فرهنگی	اجرای برنامه های آموزشی و ترویجی تغذیه سالم وبژه دانشجویان دانشگاه ها و ارتقای کیفیت غذای دانشجویان با استفاده از دستورعمل های ابلاغی
	مشاور وزیر در امور هیات امنای روابط عمومی	ملحوظ کردن ارزیابی عملکرد روسای دانشگاه ها بر اساس میزان موفقیت استقرار سند تغذیه و امنیت غذایی استانی و تصویب ساختار و نیروهای انسانی لازم تدوین و اجرای برنامه سالانه روابط عمومی برای اطلاع رسانی در زمینه تغذیه و امنیت غذایی (وبژه مردم ، تصمیم گیرندگان)
	شورای سیاست گذاری و شورای معاونین	تصویب سند تغذیه و امنیت غذایی و ابلاغ به واحدهای تابعه و دانشگاه ها و دریافت گزارش فصلی از میزان پیشرفت برنامه تصویب تکالیف و انتظارات بین بخشی در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و ابلاغ به کارگروه های تخصصی استانی تشکیل کارگروه 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 جلب حمایت و رایزنی با مقامات ارشد کشور برای ایجاد مرکز ملی مطالعات سیاستهای تغذیه با مشارکت دستگاه ها و تخصصان بین رشته ای

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 نهاده های 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 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 نهاده های شیمیایی در بخش کشاورزی.
 ۲. توسعه و پیاده سازی استانداردها در فعالیتهای بخش کشاورزی.
 ۳. ایجاد نظام نظارت و کنترل کیفی محصولات و فرآورده های کشاورزی شامل تدوین و ابلاغ دستورعمل های تولید محصولات کشاورزی، نظارت بر حسن اجرای دستورعمل های یاد شده از طریق شبکه ناظرین فنی و آزمایشگاه های 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 مورد انتظار :

۱. سامان بخشیدن به توزیع مواد غذایی مناسب مورد نیاز مردم در مناطق روستایی از طریق فروشگاه های تعاونی روستایی
۲. سه آیتم این جا مربوط به وزارت صنعت؛ معدن و تجارت بود که از این جا برداشته و به انتهای آن بخش اضافه شد
۳. ترویج باغچه های خانگی سبزی ها در مناطق روستایی به منظور افزایش دسترسی مردم به منابع غذایی ریزمغذی ها
۴. 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.
۵. افزایش دسترسی مردم به ماهی و سایر آبریان با کیفیت بهداشتی و قیمت مناسب از طریق ترویج حوضچه های پرورش ماهی تخصصی
۶. یارانه به منابع غذایی حاوی ریزمغذی ها از جمله انواع گوشت ها، شیر و مواد لبنی بعنوان بهترین منبع کلسیم، ویتامین B2
۷. توزیع و عرضه سبزی، میوه، صیفی، حبوبات و سایر منابع غذایی ریزمغذی ها در مناطق دور افتاده کشور از طریق تعاونی های روستایی و ... به منظور افزایش دسترسی فیزیکی مردم به منابع خوراکی ریزمغذی ها

۲) وزارت تعاون ، کار و رفاه اجتماعی

۱. ساماندهی و هدفمندسازی تسهیلات اشتغال زایی با تاکید بر سه دهک اول در آمدی 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 به ویژه مواد غذایی غنی از ریز مغذی ها در میان اقشار آسیب پذیر برای مواد غذایی غنی از ریز مغذی ها و با کاهش در آمدی بالابرای خانوارهای 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 سبد غذایی مطلوب و تضمین خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی رایگان و تأمین مسکن ارزان قیمت، همچنین حصول اطمینان از قرار گرفتن جمعیت کمتر از هجده سال تحت پوشش آموزش عمومی رایگان برای خانوارهای واقع در سه دهک پایین درآمدی، از طریق جابه 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، توانمندسازی، ارتقای آگاهی های عمومی، مسکن و مدیریت مخاطرات
۱۰. کمک به فقرزدایی، تعیین خط فقر، کاهش آسیب پذیری خانواده های کم درآمد در برابر ناامنی غذایی متناسب با گروه های هدف (توانمندسازی 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

۱. 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 درآمد (دهک 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 فقرزدایی تدوین شده)
۳. توانمند سازی اقتصادی خانوارها (ایجاد و تقویت گروه های خودیار و همیار محلی و اجرای رویکرد اعتبارات مالی خردو تقویت تعاونی ها، آموزش مهارت های شغلی) (توانمندسازی 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 تامین اجتماعی و ارایه تبصره های مورد نیاز در این زمینه، وارد نمودن بسته های خدماتی)

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

گروه اول - جمعیت زیر خط فقر شدید،

گروه دوم - جمعیت مابین خط فقر شدید و خط فقر مطلق،

گروه سوم - جمعیت بالاتر از خط فقر مطلق

فقر شدید: وضعیتی است که در آن تمامی درآمد خانوار صرف تهیه غذا شود، سرپرست خانوار قادر به تامین ۲۰۰۰ کیلو کالری روزانه (بر مبنای سبد مطلوب غذایی) برای هر فرد، نباشد

۴) وزارت صنعت معدن و تجارت

۱. بازرگاری 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 تامین 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 رایتسهیل دسترس سبزیجات و میوه های خوراکی سبذ غذایی در مناطق شهری و روستایی
۶. دستیابی به تکنولوژی های نوین در صنایع غذایی
۷. هماهنگی با وزارت بهداشت در اجرای پروتکل های سلامت محور، تاکید خاص بر لزوم رویکرد مدیریت واردات و صادرات توسط این وزارت، حمایت از تولید ملی، کار و سرمایه ایرانی و استفاده از سازوکار 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 کشتاری 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 گواهی نامه های کیفیتی عرضه کنندگان و دست اندرکاران تولید و تجارت مواد غذایی توسط اتاق بازرگانی و با همکاری اتحادیه های منفی 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 نظارت و کنترل واردات مواد غذایی و مواد اولیه مورد استفاده در صنایع غذایی (سیستم بارکد)
۱۴. حمایت از ایجاد و توسعه صنایع تصفیه نمک خوراکی
۱۵. ایجاد تعامل با 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 جاذب ریز مغذی 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 خطر زای 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 (گاوژ)
۱۹. تشویق و حمایت از تولید کنندگان 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. تدارک 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 بازرگاری 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 بازرگاری استانداردهای ملی و استقرار نظام ارزیابی کیفیت در واحدهای صنعتی و خدماتی مواد غذایی و آشنامیدنی با همکاری سازمان غذا و دارو و وزارت جهاد کشاورزی
۳. پایش فرآورده های غذایی در سطح تولید و عرضه
۴. بازرگاری 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 گواهی نامه ۱۷۰۲۵ در زمینه غذایی و آشنامیدنی
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 ملی استاندارد و سازمان غذا و دارو مورد بازبینی قرار گیرد . به همین ترتیب در تکلیف شماره سه پایش در سطح عرضه بر عهده مرکز سلامت محیط و کار ، پایش در سطح تولید بر عهده سازمان غذا و دارو و در سطح مواد غذایی خام بر عهده سازمان دامپزشکی است . در تکلیف شماره هفت مطابق بند «و» ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه مسئول تعیین حدود مجاز باقیمانده سموم و آفت کش ها وزارت جهاد کشاورزی (سازمان حفظ نباتات) و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است . از سوی دیگر تبصره ۴ مصوبه ۳۵۸۳۸/۱۳۹۰ شورای عالی اداری مسئولیت تعیین ، تدوین و نشر استانداردهای ملی و نظارت بر اجرای استانداردهای کالا به استثنای دارو که به عهده وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می باشد صرفا به عهده سازمان ملی استاندارد ایران خواهد بود به نحوی که هیچ اقدامی موازی توسط سایر دستگاه های اجرایی در این خصوص صورت نگیرد . دستگاه های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری موظفند همکاری لازم را در اجرای بخشنامه با سازمان ملی استاندارد به عمل آورند . کلیه موارد شمرده شده می بایست در مرجع قانونی 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 اثر تغییرات آب و هوا بر وضعیت تغذیه و امنیت غذایی
- کاهش آلودگی های آبریزان 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 مهارت های تغذیه ای در دختران در مقاطع بالای تحصیلی به منظور اصلاح الگوی مصرف خانواده
۳. گنجاندن مطالب آموزش تغذیه در کتاب های درسی در مقاطع مختلف تحصیلی
۴. استفاده از بستر برنامه تغذیه رایگان مدارس جهت فرهنگ سازی تغذیه ای .
۵. گنجاندن مباحث غذا و تغذیه در دوره های مدون بازآموزی کارکنان آموزشی آموزش و پرورش.
۶. تدوین برنامه تغذیه رایگان مدارس از نظر نوع و مقدار براساس آخرین یافته های علمی و پژوهش های کاربردی ملی و منطقه ای .
۷. همکاری در اجرای الگوی استانی برای میان وعده غذایی دانش آموزان با توجه به نیازهای تغذیه آنان.
۸. تقویت درس بهداشت و لحاظ نمودن بحث غذا و تغذیه در آن .
۹. گنجاندن مطالب آموزش تغذیه در محتوای آموزشی دانشگاه ها در همه رشته ها توسط وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰. گنجاندن مطالب آموزش تغذیه در کتاب های درسی سواد آموزان و نوسودان نهضت سواد آموزی
۱۱. تقویت برنامه های سواد آموزی زنان به ویژه در مناطقی که میزان بیسوادی زنان بالاست
۱۲. پیگیری وظایف کمیته شیر 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 روستاها (روستامهدها) با تامین 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 دلیل فقر دچار سوء تغذیه شده اند از طریق کمکهای غذایی و درمانی
۳. تامین بسته غذایی اقشار آسیب پذیر ، این بسته بر اساس سبد غذایی مطلوب تعریف می شود
۴. تقویت اجرای طرحهای خودکفایی خانوارها (قالی بافی، خیاطی، پرورش دام و طیور و) به منظور افزایش درآمد خانوار
۵. حمایت از کودکان و ... ساکن در مناطق ویژه اجتماعی و سکونتگاه های غیر رسمی

۱۱ (مدا 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 پر بیننده به برنامه های آموزش غذا و تغذیه .
۵. چاپ رایگان پیام های تغذیه ای در رسانه های نوشتاری ، بدنه اتوبوس ها، تابلوهای تبلیغاتی، بیلبورد و پلاکارد توسط شهرداری
۶. کنترل تبلیغات مربوط به محصولات غذایی با اجرای مصوبات ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم
۷. نظارت بر پخش فیلم و سریالها با اولویت امنیت غذا

۱. تامین آب مناسب آبیاری مزارع (تامین با وزارت نیرو و نظارت با جهاد کشاورزی 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 ریزمغذیها 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 منحصر" به اقشار آسیب پذیر جامعه که توسط وزارت بهداشت وسایر ارگان های ذیربط شناسایی می شوند
۵. تامین 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 ومادران 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

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

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

ب) انتظارات از خانواده‌ها و شهروندان برای بهبود تغذیه

۱. در برنامه غذایی روزانه همواره از ۵ گروه غذایی اصلی (شامل گروه نان و غلات، میوه‌ها، سبزی‌ها، شیر و لبنیات، گوشت و حبوبات و تخم مرغ) استفاده شود. لازم است نیازهای تغذیه‌ای اعضا، خانوار مورد توجه قرار گیرد.
۲. به هنگام خرید محصولات غذایی برچسب تغذیه‌ای آن‌ها به دقت خوانده شود.
۳. میوه و سبزی به صورت روزانه و براساس توصیه‌های " راهنمای غذایی ایرانیان" در سبد غذایی گنجانده شود.
۴. شیر و لبنیات به صورت روزانه مصرف شود و از مصرف شیر و لبنیات پرچرب خودداری شود.
۵. برای تهیه و طبخ غذا از حداقل روغن و حتماً از روغن مایع استفاده شود.
۶. از غذاهای سرخ کرده استفاده نشود و غذاها با روش‌های سالم‌تر مانند آب پز و بخارپز طبخ شود. به هنگام سرخ کردن غذاها از روغن مخصوص سرخ کردن استفاده شود.
۷. مصرف غذاهای آماده و فست فودها محدود شده و از غذاهای خانگی بیشتر استفاده شود.
۸. بهتر است مصرف نوشابه‌های گازدار را به حداقل رسانده و آن را با نوشیدنی‌های سالم مانند دوغ کم نمک و بدون گاز جایگزین کرد.
۹. از غلات سیوس دار مانند نان‌های سیوس‌دار، ماکارونی سیوس‌دار 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 جایگزین‌هایی مانند توت خشک، کشمش و خرما هم می‌توان استفاده کرد. نمک مصرفی باید پیدار 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 تامین پروتئین می‌باشد، بیشتر استفاده شود.
۱۲. ضرورت تحرک و ورزش روزانه حداقل به مدت نیم ساعت به عنوان مکمل تغذیه سالم

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، پارادایم مسلط دنیای امروز است؛ شواهد معتبر علمی مشخص کرده اند، شرایطی که مردم در آن به دنیا می آیند، رشد، زندگی و کار می کنند بر وضعیت سلامت تأثیرات چشم گیری دارد و نابرابری در این شرایط علل ریشه ای بی عدالتی در وضعیت سلامت می باشد؛ بنابراین رفع بی عدالتی در سلامت نیاز به سیاست ها و برنامه هایی بین بخشی برای رفع علت های ریشه ای ناخوشی 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، اجتماعی و فرهنگی کشور مبنی بر «تاکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه باتوجه 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 سلامت، هم در برنامه پنجمیاید مورد توجه ویژه قرار بگیرد، هم در برنامه ریزی های گوناگون اجرایی در دستگاه های مختلف»، تبصره دوم ماده ۱۴۹ قانون برنامه پنجم توسعه، سیاست شماره ۹ نقشه تحول نظام سلامت مبنی بر تامین 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 موادغذایی سالم و حفظ سلامت جامعه تدوین شده است، این تفاهم نامه فی مابین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی [از این به بعد وزارت بهداشت] و دستگاه های اجرایی مسئول در امر تغذیه و امنیت غذایی برای استقرار 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 دسترسی 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 ارتقا دهند.

ماده دو (تعهدات طرفین

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت های بهداشت و درمان) : طراحی، استقرار و ارزشیابی برنامه های «غذای سالم و ایمن در سطح عرضه، سلامت تغذیه ای آغاز زندگی، سیاست ها و راهنامه های 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 ها و مدیریت تغذیه در بحران»

۲- سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی : طراحی، استقرار و ارزشیابی برنامه های «کمک به استاندارد سازی زنجیره غذا، استقرار و توسعه شبکه ملی پایش غذا، برچسب گذاری محصولات غذایی، ارتقای سطح ایمنی و کاهش عوامل خطرهای 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 موثر بر تغذیه مناسب و سالم (مالیات ها، یارانه ها، وام)

۵- وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی : طراحی، استقرار و ارزشیابی برنامه حمایت از تغذیه گروه های فقیر و آسیب پذیر

۶- سازمان ملی استاندارد : طراحی، استقرار و ارزشیابی برنامه استاندارد سازی زنجیره غذا و تغذیه

۷- سازمان صدا و سیما : تولید و پخش برنامه های ملی و استانی (بومی) برای ارتقای سواد تغذیه ای مردم و گروه های درگیر در تغذیه و امنیت 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 روستا ها 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، علاقمند به امور همکاری بین بخشی در سلامت، سابقه کاری حداقل ۵ سال، مستخدم رسمی و شهرت علمی و اجرایی مناسب در دستگاه باشد.
۳. برای عملیاتی کردن تعهدات و به منظور تعیین اقدامات عینی و ملموس ضرورت دارد طرفین در 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 تامین مالی در هر برنامه عملیاتی سالانه ردیف های بودجه ای دستگاه ها و منابع تخصیصی ویژه اقدامات سلامت محور توسط 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 بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
پزشکی

وزیر جهاد کشاورزی

وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی

وزیر صنعت، معدن و تجارت

رئیس اتاق بازرگانی

رئیس سازمان صدا و سیما

رئیس شورای عالی استان ها

رئیس سازمان ملی استاندارد ایران

منابع (مرور متون):

1. Roxx, C (2000) who should implement nutrition interventions? The application of institutional economics to nutrition and significance of various constraints to the implementation of nutrition interventions, the international bank for reconstruction and development, the world bank, Washington DC
 2. Cannon, G (2007). Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. American Institute for cancer research. Available from: www.aicr.org/research/research_science_expert_report.html
 3. WHO(2010). A Review of Nutrition Policies. WHO, Geneva. Available from: http://www.who.int/nutrition/EB128_18_Backgroundpaper1_A_review_of_nutritionpolicies.pdf
 4. Improving public understanding for communicating emerging science on nutrition, Foodsafety, and health (1998). Journal of National Cancer Institute Volume 90, Number 3.
 5. Awai, N (2002). The Role of Partnership in Capacity Building in Public Health Nutrition - Experience of Malaysia. Mal J Nut, 8(1), pp.99-107.
 6. The International Bank for Reconstruction and Development. Food Prices, Nutrition, and the Millennium Development Goals. The International Bank for Reconstruction and Development: Washington, 2012
 7. WHO Regional Office for Europe (2008) WHO European action plan for food and nutrition policy 2007-2012. World Health Organization: Denmark.
 8. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington, DC: AICR, 2007
 9. Ghassemi H, Harrison G and Mohammad K (2002) an accelerated nutrition transition in Iran. Public Health Nutrition: 5(1A), 149-155
 10. Food and agriculture organization of the United Nations (1993) guidelines developing national plans of action for nutrition, Rome. Italy
 11. Ismail, S. immnik, M. mazar, I. nantel, G (2003) community-based food and nutrition programs: what makes them successful, a review and analysis of experience, food and agriculture organization of the united nations, Rome. Italy
 12. Lang, T. Robertson, A. Nishida, CH. Caraher, M. Clutterbook, CH (2002) development of food and nutrition action plans in southern European countries. European regional office of World Health Organization http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/152205/E77264.pdf
 13. Caraher, M. Crawley, H. Lloyd, S. (2009) Nutrition policy across the UK (Briefing Paper). Centre for Food Policy, City University, London
 14. Rainer, G. Schoeneberger, H. Pfeifer, H. A. Preuss, H.J. (2000) The Four Dimensions of Food and Nutrition Security: Definitions and Concepts, Nutrition and Food Security, FAO
 15. 2011 global food policy report. International Food Policy Research Institute. Washington. USA. 2012.
 16. Klenner, K. (2011) Achieving Food and Nutrition Security, Internationale Weiterbildung und Entwicklung GmbH, Capacity Building International, Germany
 17. A. Hammond, R. Dubé, L. A systems science perspective and trans-disciplinary models for food and nutrition security. www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0913003109 in March 30, 2012
 18. Agriculture & Rural Development Department (2007) From Agriculture to Nutrition: Pathways, Synergies and Outcomes, The World Bank, Washington DC
 19. Evans A. The Feeding of the Nine Billion Global Food Security for the 21st Century. The Royal Institute of International Affairs Chatham House. London, 2009 pp:6-10
 20. Right to Food and Nutrition Watch Consortium 2010
 21. Global Perspective Studies Unit, Food and Agriculture Organization of the United Nations Prospects for food, nutrition, agriculture and major commodity groups. World agriculture: towards 2030/2050. Rome, 2006 pp:1-9
 22. Food Planning and Monitoring Unit (FPMU) (2008), National Food Policy Plan of Action 2008-2015. Ministry of Food and Disaster Management. Dhaka, Bangladesh.
 23. Guenther PM, Krebs-Smith SM, Reedy J, et al. The healthy eating index (HEI). Fact Sheet No.1. Center for Nutrition Policy and Promotion. Retrieved from http://www.cnpp.usda.gov/Publications/HEI/healthy_eating_index_2005_factsheet.pdf in 11/16/2012
 24. Ismail Sh, Immink M, Mazar I, Nantel G (2003) Community-based food and nutrition programs: what makes them successful-A review and analysis of experience. Food and Agriculture Organization of the United Nations Rome, pp:39-44
 25. World Health Organization. (2003) Diet, Nutrition And The Prevention Of Chronic Diseases. Geneva, pp:134-144.
 26. South Australian child care nutrition partnership (2005) Guidelines for food and nutrition policy in child care centers. Adelaide, 20-22
- سایر منابع
۱. صادقیان شریف، س. صادقی قطب آبادی، ف. احمدی، ش. حبیبی، م. روزبهانی، م (۱۳۸۹) سبدهای غذایی و نیازهای تغذیه‌ای در بحران‌ها و جایگاه تولیدات کشاورزی. دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و پژوهشکده مهندسی وزارت جهادکشاورزی
 ۲. کلاهدوز، ف. نجفی، ف (۱۳۹۰) سامانه ملی امنیت غذا و تغذیه در ایران و تدوین اولین نقشه‌ی آسیب پذیری و ناامنی غذایی در کشور (پژوهش سمپا) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کرمانشاه. دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 ۳. عبداللہی، ز. صالحی، ف. غلامی، س. ر. دانش دوست، م. شاباز، م. پورمقیم، م (۱۳۸۹) دستورالعمل اجرایی پایش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود (IDD)، معاون بهداشت، معاونت غذا و دارو، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 ۴. عبداللہی، ز. شیخ الاسلام، ر (۱۳۸۱) گزارش مقایسه اثربخشی دوز هفتگی مکمل آهن در دو دوره ۱۶ و ۲۰ هفته در دختران دانش آموز دبیرستانی در منطقه سواجیلان، معاونت سلامت، دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 ۵. دفتر بهبود تغذیه جامعه، اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس، دفتر سلامت و تندرستی (۱۳۸۵) دستورعمل اجرایی برنامه ارتقاء سلامت دانش آموزان دختر از طریق آموزش تغذیه و آهن یاری هفتگی. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت آموزش و پرورش
 ۶. دبیرخانه شورای غذا و تغذیه کشور (۱۳۸۲). گزارش تحلیلی وضعیت گندم، آرد و نان در کشور و مصوبات دبیرخانه شورای غذا و تغذیه کشور.
 ۷. معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان بوشهر. غنی سازی آرد با آهن، دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 ۸. دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی، دانشکده بهداشت (۱۳۹۱) پژوهشی در وضعیت رژیم مغزی های ایران در سال ۱۳۹۱ (پورما) دستورعمل اجرایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 ۹. ترابی، پ. شیخ الاسلام، ر. مینایی، م (۱۳۸۷) راهنمایی کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی، مجموعه کتاب‌های تغذیه برای پزشک خانواده، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 ۱۰. درستی، الف. عبداللہی، ز. فلاح، ح. والافر، ش. راهنمای کشوری وزن گیری مادران باردار، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی اردبیل، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 ۱۱. مینایی، م. صادقی قطب آبادی، ف. کمالی، ب. جانجانی، ح (۱۳۸۶) دستورعمل اجرایی طرح حمایت تغذیه ای مادران باردار و شیرده نیازمند، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت امور حمایت خانواده کمیته امداد امام خمینی، دفتر مطالعات اجتماعی و فقرزدایی وزارت رفاه و تامین اجتماعی
 ۱۲. معاونت هدفمند نمودن یارانه ها و رفاه اجتماعی (۱۳۸۷) طرح ارائه سبد غذایی به کودکان زیر ۶ سال خانواده های نیازمند، وزارت رفاه و تامین اجتماعی
 ۱۳. دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۵) دستور عمل اجرایی برنامه مشارکتی- حمایتی بهبود وضع تغذیه کودکان، وزارت رفاه و تامین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی، سازمان بهزیستی کشور، سازمان نهضت سوادآموزی، وزارت جهادکشاورزی، وزارت کشور
 ۱۴. حسینی، م (۱۳۷۹) گزارش نتایج آتالیز طرح تعیین الگوی مداخله ای مناسب برای کاهش سو، تغذیه کودکان زیر پنج سال و ارزشیابی آن در مناطق روستایی شهرستان های ایلام، برازجان و بردسیر، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۱۵. صادقی قطب آبادی، ف. مینائی، م. صادقیان شریف، س (۱۳۸۶) مجموعه دستوالعمل های اجرایی و بسته آموزشی مدیریت تغذیه در بحران، معاونت سلامت (دکتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت)، درمان و آموزش پزشکی
۱۶. اداره قلب و عروق، (۱۳۸۴) برنامه کشوری پیشگیری. کنترل بیماری چاقی (متن آموزشی پزشکان)، مرکز مدیریت بیماری ها، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۷. اداره بهبود تغذیه جامعه. جزوه ای برای آموزش ناظران کارکنان سلامت جامعه، بیاموزیم که به مادران گوش بدهیم، تقویت مهارت های ارتباطی برای ارتقاء رشد و تغذیه، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صندوق کودکان سازمان ملل در جمهوری اسلامی ایران
۱۸. عبداللہی، ز. حیدری. صراف زادگان، ن. پورآرام، ح. خسروی، ع (۱۳۹۰) برنامه بلندمدت کاهش مصرف نمک در سطح جامعه و گروه های در معرض خطر، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مرکز تحقیقات فشارخون، پژوهشکده قلب و عروق اصفهان
۱۹. دفتر بهبود تغذیه جامعه (۱۳۹۰) چکیده ای از گزارش اولین جشنواره ملی شیر و سلامت ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۰. دفتر بهبود تغذیه جامعه (۱۳۹۰) برنامه ۵ ساله کاهش مصرف نمک در کشور، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۱. صادقی، ش. ترابی، پ. مینائی، م. صادقی قطب آبادی، ف. صادقیان شریف، س (۱۳۸۹) راهنمای آموزش تغذیه در دوران های مختلف زندگی (ویژه کارکنان بخش های توسعه و رفاه اجتماعی)، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۲. دفتر بهبود تغذیه جامعه (۱۳۸۳) سیمای تغذیه کودکان (کتاب دوم)، صندوق کودکان سازمان ملل متحد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۳. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۷) سیمای تغذیه کودکان در استانها، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)
۲۴. عزیز، ف. دلشاد، ح (۱۳۹۰) گزارش چهارمین پایش کشوری برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۶، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پژوهشکده علوم غدد درون ریز دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۲۵. صدرزاده یگانه، ه. حسینی، م. عبداللہی، ز. فلاح، ح (۱۳۹۰) گزارش بررسی اثربخشی برنامه حمایت تغذیه ای از طریق سبذغذایی در زنان باردار و شیرده نیازمند مبتلا به سو تغذیه در شهرستانهای استان چهارمحال و بختیاری. دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۶. دفتر بهبود تغذیه جامعه (۱۳۸۶) میزان بروز زایمان زودرس، نوزاد کم وزن و عوامل موثر بر آن در اقلیم های متفاوت ایران ۱۳۸۲ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)
۲۷. معاونت سلامت (۱۳۸۴) بهبود رشد و تغذیه کودکان (مجموعه آموزشی ویژه پزشکان)، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)
۲۸. دفتر بهبود تغذیه جامعه (۱۳۹۰)، گزارش وضعیت سالانه ید ادرار دانش آموزان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۹. عزیز، ف. شیخ الاسلام، ر (۱۳۸۵) گزارش پایانی پایش شیوع گواتر و میزان ید ادرار دانش آموزان ۷ تا ۱۰ ساله ایرانی (۸۱-۱۳۸۰)، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)
۳۰. حسینی، ه (۱۳۹۰) تدوین ساختار نظام یکپارچه ایمنی غذا در کشور، شورای سیاستگذاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۱. شیخ الاسلام، ر. تشکری، ن (۱۳۷۸) پایش و ارزیابی نمک های ید دار در راستای برنامه همگانی کردن مصرف نمک یددار در جمهوری اسلامی ایران، اداره تغذیه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)
۳۲. ترابی، پ. کلاهدوز، ف. شیخ الاسلام، ر (۱۳۸۷) تغذیه سالمندان در سلامت و بیماری، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۳. ترابی، پ. عبداللہی، ز. زارعی، م. خطیبی، م (۱۳۹۱) تغذیه و سلامت مردان، سلسله مباحث اصلاح الگوی مصرف، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۴. ترابی، پ. طلاکش، ف (۱۳۹۰) تخم مرغ، معجزه ای در سفره، سلسله مباحث اصلاح الگوی مصرف، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ستاد کشوری ترویج مصرف تخم مرغ
۳۵. پورآرام، ح. ترابی، پ (۱۳۹۰) درباره «نان» برکت الهی چه میدانید؟ سلسله مباحث اصلاح الگوی مصرف، مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر و خاص، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۶. بهمنی، م. پیراوی ونک، ز. ترابی، پ. خلجی، آ. خلیلی، الف. خوش طینت، خ (۱۳۹۱) آنچه باید درباره چربی ها و روغن ها بدانیم، سلسله مباحث اصلاح الگوی مصرف، شورای سیاستگذاری، برنامه ریزی و بهبود کیفیت و ایمنی روغن های خوراکی، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۷. اسفرجانی، ف. ابتهی، م. ترابی، پ. خلیلی، م. دادخواه پیرآغا، م (۱۳۹۱) از نوشیدنی ها چه میدانید؟ سلسله مباحث اصلاح الگوی مصرف، انستیتو تحقیقات تغذیه ای و منابع غذایی کشور، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۸. شیخ الاسلام، ر. عبداللہی، ز. مینائی، م (۱۳۷۸) مجموعه آموزشی برای زنان روستایی، تغذیه گروه های آسیب پذیر، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)
۳۹. عبداللہی، ز. مینائی، م. کلاهدوز، ف (۱۳۸۳) پیشگیری و کنترل کمبود ویتامین A، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)
۴۰. عبداللہی، ز. پورآرام، ح. جاهدی، ع (۱۳۸۶) غنی سازی آرد با آهن و اسیدسولفولیک در ایران، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۱. فریتس، واندن (۱۳۸۱) راهنمای فنیمارزه با کمبود ید، ترجمه وزیران، پ. شیخ الاسلام، ر. دفتر نمایندگی صندوق کودکان سازمان ملل متحد در ایران (یونیسف)
۴۲. کلاهدوز، ف. نجفی، ف. صادقی قطب آبادی، ف (۱۳۹۱) سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه در ایران و تدوین اولین نقشه وضعیت امنیت غذایی در کشور (پژوهش سمپات) دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۳. حشمت، ر (۱۳۹۰) گزارش نهایی پروژه بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد خانوارهای شهری و روستایی و کارکنان بهداشتی رده های مختلف در خصوص تغذیه (NUTRIKAP)، دفتر بهبود تغذیه جامعه، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۴. صادقی، ف (۱۳۹۱) بررسی نیازهای آموزشی کارشناسان تغذیه جامعه، دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۵. قاسمی، ح. گزارش نهایی طرح امنیت غذا و تغذیه کشور: مطالعات الگوی برنامه ریزی و اجرا "مابا". انستیتو تحقیقات تغذیه ای و منابع غذایی کشور و سازمان برنامه و بودجه، تهران، دیماه ۱۳۷۷.

1. J.McAdam, G (2002), *Food security in Connecticut, The 2001 indicators and annual report of the Connecticut food policy council*. Connecticut food policy council
2. Mohd Shariff, Z. Geok Lin, KH (2004), *Indicators and Nutritional Outcomes of Household Food Insecurity among a Sample of Rural Malaysian Women*, Department of Nutrition and Health Sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universiti Putra, Serdang 43400 Selangor, Malaysia, Pakistan Journal of Nutrition
3. Maxwell, S. R. Frankenberg, T (1992) *Household food security, concepts, indicators, measurements, A technical Review*, international fund for agricultural development, united nations fund for children, UN Plaza, New York
4. Negri, S (2009) *Food safety and global health, an international law perspective*. Global Health Governance, v 3, n 1.

5. Ming, ZH. Hengjiang, L (2009) *Study on evaluation index model and hierarchical management of food safety*, Division of Food Production Supervision & Management of Shanghai Municipal Bureau of Quality and Technical Supervision, Shanghai, China
6. Baert, K. Van Huffel, X. Wilmart, O. Jacxsen, L. Berkvens, D. Diricks, H. Huyghebaert, A. Yuytendaele, M (2011) Measuring the safety of the food chain in Belgium: Development of a barometer. *Food Research International*, V 44, 940-950
7. A.Kleter, G. J.P.Marvin, H (2009) Indicators of emerging hazards and risks to food safety, *Food and Chemical Toxicology*, v 47, p 1022-1039
8. Champions for change (2009) *Nutrition Glossary*, network for a healthy California
9. R. Bohland, J. G. Herbert, W. (2005) *The Potential for Intersectoral Collaboration in Addressing Rural Health Needs*. faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University. Paula J. Pheley.
10. Bureau of Public affairs, (2011) *Women and Agriculture, Improving global food security*, U.S. Department of states
11. United States Government Accountability Office (2011) *intersectoral food assistance, better nutrition and quality control can further improve U.S. food aid*, report to congressional requesters
12. United States Agency for international development (2006) *U.S. International food assistance report 2006, USAID from the American people*, Washington D.C.
13. Alexandratos, N. Bruinsma, J. Bodeker, G. Schmidhuber, Broca, S. Shetty, P. Ottaviani, M. (2006) *World agriculture: towards 2030/2050, interim report, prospects for food, nutrition, agriculture and major commodity groups*. Global perspective studies unit. Food and agriculture organization of the united states, Rome
14. Johnson, T (1998) *Improving public understanding, guidelines for communicating emerging science on nutrition, food safety and health*. International food information council foundation. Harvard School of Public Health
15. International food policy research institute (2011) *global food policy report 2011*, Washington D.C.
16. Nutrition and the prevention of chronic diseases (2002) *Joint WHO/FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva
17. Nutrition advisory group (1995) *Food and Nutrition Policy for Ireland*. Stationary office of Ireland government. Dublin
18. Evans, A (2009) *The feeding of the nine billion, Global Food Security for the 21st Century*, Chatham House report. Royal institute of international affairs
19. South Australia child care nutrition partnership (2005) *Guidelines for food and nutrition policy in child care centers*. Department of health
20. WHO regional office for Europe (2003) *comparative analysis for food and nutrition policies in WHO European member states, summary report*. Nutrition and food security program. Copenhagen, Denmark
21. Commonwealth department of health and family services (1998) *food and nutrition policy, the first three years, implementation phase*
22. Crawley, H. (2010) *Healthy eating as a public concern: nutrition policy throughout the UK*. City university London, center for food policy
23. Caraher, M. Crawley, H. Lloyd, S. (2009) *Nutrition policy across the UK, briefing paper*, Caroline walker trust, center for food policy. City university. London
24. U.S. agency for international development (USAID) *Developing and applying national guidelines in nutrition and HIV/AIDS*. United nations funds for children. Food and nutrition technical assistance
25. Thwin, A (2001) *Promoting household food and nutrition security in Myanmar*. Asia Pacific Journal v 10. P 34-39. national nutrition center, ministry of health. Yangon. Myanmar
26. Aminpour, A (2011) *guidelines for identifying and management of overweight/obesity among children and adolescents*. Nutrition department, family health department, ministry of health and medical education, shaheed beheshti university of medical science
27. Nutrition department (2001) *a common nutrition project in I.R. Iran (2002-2006)* joint nutrition project, ministry of health and medical education, world bank
28. Mahboob, S.a. abdollahi, z. pouraram, h. (2006) *national plan on iron malnutrition and flour/ food fortification in Iran*. Nutrition department, ministry of health and medical education
29. Ismail, s. immink, m. nantel, g (2005) *improving nutrition programs, an assessment tool for action*, food and agriculture organization of the united nations, Rome, Italy
30. Regional office for Europe (2001) *intersectoral food and nutrition policy development, a manual for decision-makers*. World health organization
31. Regional office for Europe (2008) *WHO European action plan for food and nutrition policy 2007-2012*. WHO
32. Jonsson, U. (2010) *the rise and fall of paradigms in world food and nutrition policy*, journal of world public health nutrition association, volume 1, numbers 3, 128-158
33. Food and agriculture organization of the united nations (1993) *guidelines developing national plans of action for nutrition*, Rome. Italy

انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور و موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران (دپارتمان مولفه های اجتماعی سلامت) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی :

معاونت بهداشت (دفتر بهبود تغذیه جامعه و مرکز سلامت محیط و کار) ، سازمان غذا و دارو (معاونت غذا) و معاونت درمان (دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی)

وزارت جهاد کشاورزی ، وزارت صنعت معدن و تجارت ، سازمان ملی استاندارد، معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری و وزارت خانه ها و سازمان های همکار در تغذیه و امنیت غذایی کشور

زیر نظر و با راهنمایی : دکتر محمد حسین طریقت سرپرست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تیم طرح : دکتر زهرا عبدالهی (مدیرکل دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت) ، دکتر بهروز جنت (معاون غذا ، سازمان غذا و دارو) ، دکتر فروزان صالحی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه)، دکتر فریدون سیاسی (رئیس دانشکده ی علوم تغذیه و رژیم شناسی د.ع.پ.ت. و دبیر سیاستگذاری هیات یورد تغذیه) ، فرزانه صادقی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه) ، دکتر عباس وثوق مقدم (عضو هیات علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت)، دکتر محمدحسین سالاریان زاده (کارشناس ارشد حوزه توسعه و مدیریت منابع) ، دکتر علی اخوان بهبهانی (معاون اجتماعی مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی) ، دکتر کامل شادپور (کارشناس ارشد نظام سلامت) ، دکتر نرگس رستمی (عضو هیات علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت)

همانک کننده ارشد تدوین سند : دکتر سیدعلی کشاورز (مدیرگروه تغذیه و بیوشیمی د.ع.پ.ت)

کارشناسان ستادی و استانی بهبود تغذیه جامعه: دکتر پریسا ترابی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت) ، مریم زارعی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت)، مینا مینائی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت)، دکتر حامد پورآرام (کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه)، فرید نبخت حقیقی (کارشناس ارشد دفتر بهبود تغذیه جامعه)، خدیجه رضائی (کارشناس تغذیه وزارت بهداشت)، سعیده معانی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه)، حسین فلاح (کارشناس دفتر بهبود تغذیه)، خدیجه رضائی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت)، زهره پوراحمدی (کارشناس سازمان غذا و دارو)، عاطفه فولادی (کارشناس سازمان غذا و دارو) . مرضیه وکیلی (کارشناس مسئول تغذیه، د.ع.پ. شیراز)، سکینه جعفری (کارشناس مسئول تغذیه، د.ع.پ. اصفهان)، دکتر سکینه نوری سعیدلو (مدیرگروه تغذیه، معاونت بهداشتی د.ع.پ. ارومیه)، آرزو کاوه نی (کارشناس مسئول تغذیه، معاونت بهداشتی د.ع.پ. همدان)، نوروزعلی عزیزخانی (کارشناس مسئول تغذیه، د.ع.پ. قزوین)، آ مصطفی حسینی (کارشناس مسئول تغذیه، د.ع.پ. سمنان)

اعضای کمیته راهبری درون و برون بخشی طرح (شرکت کنندگان در نشست های ۲۱ تیر، ۲۴ مرداد، ۲۶ مهر، ۸ آبان، ۱۰ آبان و ۷ آذر)

دکتر مجید حاجی فرجی (رئیس انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی، دکتر سیدعلی کشاورز (مدیرگروه تغذیه و بیوشیمی د.ع.پ.ت)، دکتر فریدون سیاسی (رئیس دانشکده ی علوم تغذیه و رژیم شناسی د.ع.پ.ت)، دکتر زهرا عبدالهی (مدیرکل دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت)، دکتر بهروز جنت (معاون غذا ، سازمان غذا و دارو) ، دکتر علی اخوان بهبهانی (معاون اجتماعی مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی) ، دکتر حمید خانقاهی ابیانه (معاون دفتر نظارت بر بهداشت عمومی سازمان دامپزشکی)، دکتر مجید ولدان (مدیرکل دفتر تجاری سازی تحقیقات سازمان تحقیقات، آموزش و ترویج کشاورزی، وزارت جهاد کشاورزی)، مهناز بنی اعمام (کارشناس ارشد مسئول نهاده ها، سازمان تحقیقات، آموزش و ترویج کشاورزی)، اسماعیل سعیدنیارئیس گروه پژوهشی صنایع وزارت جهاد کشاورزی)، احمد اخوی (مشاور رئیس موسسه مطالعات و پژوهش های بازرگانی ،وزارت صنعت، معدن و تجارت)، پرویز زارعی (مدیرکل امور حمایتی و توانمندسازی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)، مریم واحدی (کارشناس سیاستهای اجرایی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)، راضیه آراسته (رئیس گروه حمایتیهای مستقیم و اقدامات اجرایی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)، دکتر وحیده نگین (مدیرکل دفتر مطالعات رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)، غلامرضا امینی (مدیرکل نظارت بر اجرای استاندارد)، هنگامه یوسف زاده (رئیس اداره نظارت بر اجرای سازمان ملی استاندارد)، هاشمه منزوی (کارشناس مسئول سازمان ملی استاندارد، اداره نظارت بر اجرای استاندارد غذایی)، مجید فراهانی مزینائی (ریاست دفتر تدوین الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت-معاونت نظارت راهبردی رئیس جمهور)، نسرين گوهرزهی (کارشناس معاونت اجتماعی فرهنگی وزارت کشور)، دکتر فروش حاجیه (دفتر تدوین الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت-معاونت نظارت راهبردی رئیس جمهور)، دکتر بهروز کمالی (کارشناس ارشد معاونت حمایت و سلامت خانواده کمیته امداد امام خمینی (ره))، فاطمه مومنی (کارشناس امور کودکان سازمان بهزیستی کشور)، سرلک (کارشناس مرکز تربیت بدنی سلامت وزارت آموزش و پرورش) ، ناصر ولاتی (قائم مقام معاون علمی معاونت پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی)، دکتر کاظمی (مدیر کل اداره نظارت بر فرآورده های خوراکی)، دکتر وحید صادقیان (مدیرکل نظارت و ارزیابی فرآورده های غذایی و آشامیدنی) ، سمیره صباح (معاون اداره کل نظارت بر فرآورده های خوراکی)، دکتر هاشمی (معاونت مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، نرگس حاتم آباد (کارشناس واحد بودجه)، فرح السادات بحرینی (کارشناس مسئول معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر عباس وثوق مقدم (عضو هیات علمی و کارشناس دبیرخانه شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت)، دکتر محمدحسین سالاریان زاده (کارشناس ارشد حوزه توسعه و مدیریت منابع) ، دکتر فروزان صالحی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه)، دکتر سیدابوالقاسم جزایری (عضو هیئت ممتحنه و ارزشیابی رشته علوم تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)، دکتر عباس انتظاری (معاون مرکز مطالعات، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر ناصر کلانتری (عضو هیات علمی انستیتو تحقیقات غذایی کشور) ، دکتر ربابه شیخ الاسلام (رئیس موسسه تغذیه، توسعه و سلامت) ، دکتر محمد حسین عزیزی (دبیر انجمن متخصصان علوم و صنایع غذایی) ، دکتر حسین قاسمی (استاد تغذیه) ، رضا غلامی معاون مرکز سلامت محیط و کار

تشکر ویژه از : دکتر فاطمه رخشانی (معاون بهداشت وزیر) ، دکتر علیرضا مصداقی نیا ، معاون بهداشت وقت ، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، دکتر احمد شببانی رئیس سازمان غذا و دارو ، دکتر وحید دستجردی (وزیر وقت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی) ، دکتر باقر لاریجانی (رئیس وقت شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت) ، دکتر مصطفی قانعی (معاون تحقیقات و فناوری)، دکتر سیدعباس حسینی (معاون توسعه مدیریت و منابع)، دکتر سید حسن امامی رضوی (معاون درمان)، دکتر آیینی (معاون دانشجویی و فرهنگی)، دکتر علی محقق (معاون آموزشی)، دکتر آرش رشیدیان (رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت)، دکتر رضا مجدزاده (استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران)، دکتر هدایت حسینی معاون پژوهشی انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور، دکتر سید حسین داوودی معاون اداری - مالی انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور،

و مدیران کل محترم معاونت درمان و معاونت بهداشت : دکتر محمد اسماعیل مطلق (مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس) ، دکتر نادر ممتازمنش (رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی) ، دکتر فاطمه رخشانی (مدیرکل دفتر آموزش و ارتقاء سلامت)، دکتر علیرضا مغیثی (مدیر روابط عمومی معاونت بهداشت)، دکتر کاظم ندافی (رئیس مرکز سلامت محیط و کار)، دکتر محمد مهدی گویا (مشاور معاون بهداشت و رئیس واحد بیماریهای واگیر)، دکتر کوروش اعتماد (مشاور معاون بهداشت و رئیس واحد بیماریهای غیرواگیر)، دکتر فتحی (مشاور معاونت و رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)، دکتر علی اردلان (مشاور معاون بهداشت و سرپرست واحد مدیریت و کاهش خطر بلایا)، دکتر محمد شریعتی (قائم مقام معاون بهداشت و رئیس مرکز مدیریت شبکه)، دکتر غلامرضا معصومی (رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور)، دکتر علیرضا اولیایی منش (مدیرکل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت)، دکتر رواقی (رئیس دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی)، دکتر سجادی (رئیس دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان)، دکتر مسعود ابوالحلاج (رئیس مرکز بودجه و پایش عملکرد)

مجریان پروژه :

دکتر بهزاد دماری، متخصص پزشکی اجتماعی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران (موسسه ملی تحقیقات سلامت) دکتر مجید حاجی فرجی (عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و رئیس انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی)