



فصل ہفتم

تغذیہ جامعہ و برنامه های ملی بهبود تغذیه جامعہ



تغذیه جامعه

انتظار می‌رود پس از مطالعه این بخش فراگیران:

- با تعریف امنیت غذا و تغذیه آشنا شوند.
- چهار بعد کلیدی امنیت غذا و تغذیه را بیان کنند.
- راهکارهای عمده بهبود تغذیه جامعه را نام ببرند.
- مرحله برنامه ریزی بهبود تغذیه جامعه را شرح دهند.
- مراحل تدوین برنامه عملیاتی را شرح دهند.
- اولویت‌های برنامه بهبود تغذیه جامعه را شرح دهند.

امنیت غذا و تغذیه

تغذیه جامعه بردستیابی به امنیت غذایی و امنیت تغذیه ای عموم مردم تاکید دارد. مدیریت تغذیه جامعه به معنی طراحی و مدیریت موثر برنامه‌های مداخله ای جامعه محور به منظور ارتقاء سطح سلامت و بهبود تغذیه جامعه می‌باشد.

بر اساس آخرین تعریف مجامع بین المللی، امنیت غذایی (Food Security) عبارت است از "دسترسی همه افراد جامعه در تمام اوقات به غذای کافی برای داشتن زندگی سالم و فعال". امنیت تغذیه ای (Nutrition Security) نیز استفاده فیزیولوژیک از مقادیر مناسبی از غذای سالم و مغذی با مطلوبیت اجتماعی و فرهنگی توسط همه افراد خانواده برای داشتن یک زندگی فعال، مولد و سالم است. هدف از تأمین غذای مطلوب و کافی تنها رفع گرسنگی آشکار (سیری شکمی) نیست بلکه تأمین نیازهای سلولی به مواد مغذی یعنی رفع گرسنگی پنهان را نیز دربردارد (سیری سلولی).

در تعیین الگوهای غذایی مطلوب و کافی، علاوه بر میزان انرژی دریافتی، میزان دریافت مواد مغذی کلیدی نیز در نظر گرفته می‌شود. لذا با توجه به اینکه انسان با انرژی احساس سیری می‌کند، تأمین انرژی را به تنهایی به عنوان شاخص سیری شکمی و تأمین انرژی همراه با مواد مغذی کلیدی را به عنوان شاخص سیری سلولی نام نهاده اند.

بطور کلی امنیت غذا و تغذیه چهار بعد کلیدی دارد که عبارتند از دسترسی فیزیکی به غذا (یعنی افراد جامعه از طریق تولید، توزیع و عرضه به غذا دسترسی دارند)، دسترسی اقتصادی به غذا (یعنی سطح درآمد مردم و قیمت غذا به گونه ای است که افراد جامعه می‌توانند برای خود غذای کافی تأمین کنند)، فرهنگ و سواد تغذیه ای برای انتخاب درست مواد غذایی و تأمین سلامت (یعنی دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، آب سالم، محیط سالم، واکسیناسیون، آموزش بهداشت و تغذیه و...). علل ناامنی غذایی ابعاد وسیعی از پدیده‌هایی نظیر قحطی، بی‌ثباتی در عرضه غذا، فقر، بیکاری، تورم اقتصادی، بی‌سوادی، ناآگاهی‌های تغذیه‌ای، آب و محیط ناسالم، حوادث، خشکسالی و سایر بلاها را در بر می‌گیرد. سوء تغذیه و بیماری از عواقب ناامنی غذایی در کوتاه مدت است ولی در طولانی مدت جمعیت به تدریج از توانایی‌های خود محروم شده و نمی‌تواند سهمی را در آموزش، اقتصاد و تولید داشته باشد. برخورد منطقی و رفع پایدار مشکل ناامنی غذایی نیازمند توجه به دلایل پایه‌ای آن نظیر زیر ساخت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی (مثل بالابردن سطح سواد و اشتغال زایی)، طراحی و اجرای مداخلات چند بخشی با مشارکت کلیه بخش‌های تاثیرگذار در سطوح ملی و محلی است.

انواع سوء تغذیه ناشی از ناامنی غذایی بر سلامت، یادگیری و توسعه اقتصادی جامعه اثرات ناخواسته ای را به جای می‌گذارد و دو طیف سوء تغذیه ناشی از کمبود دریافت که به شکل سوء تغذیه پروتئین انرژی و کمبود ریزمغذی‌ها خود را نشان می‌دهد و سوء تغذیه ناشی از اضافه دریافت انرژی که منجر به اضافه وزن و چاقی می‌باشد را در بر می‌گیرد. پیامدهای ناشی از ناامنی غذایی و ناامنی تغذیه ای متعدد است.

- **در بعد سلامت:** سوء تغذیه پروتئین انرژی موجب مرگ و میر می‌شود. ۵۵٪ مرگ کودکان جهان مرتبط با سوء تغذیه است و یک مورد از هر ده مورد به علت «سوء تغذیه شدید» است. مرگ ۳-۱/۲ میلیون کودک در جهان در ارتباط با کمبود ویتامین A است. ۲۰٪ مرگ مادران مرتبط با آنمی فقر آهن است و تولد نوزاد کم وزن نیز با افزایش موارد ابتلا به بیماری‌ها، افزایش خطر مرگ، ابتلا به سوء تغذیه، کاهش بهره هوشی و کاهش توانمندی‌های ذهنی و جسمی روند توسعه جامعه را به خطر می‌اندازد.

• **در بعد یادگیری:** اختلالات ناشی از کمبود ید سبب کاهش IQ به میزان ۱۳/۵ امتیاز می شود. سوء تغذیه پروتئین انرژی سبب تاخیر در شرکت کودکان در مدرسه، کاهش قدرت یادگیری و در جا زدن دانش آموزان در یک کلاس می شود. کم خونی فقر آهن سبب کاهش ظرفیت شناختی و کاهش امتیاز ضریب هوشی تا ۱۰ امتیاز می شود.

• **در بعد اقتصادی:** کوتاه قدی سبب کاهش قابلیت تولید می شود. ۱٪ کاهش قد برابر با ۱/۴٪ کاهش قابلیت تولید است. همچنین ۱٪ کاهش میزان آهن سرم برابر با ۱٪ کاهش در قابلیت تولید است. در جامعه ای که ۵۰ درصد زنان و ۲۰ درصد مردان دچار کم خونی و کمبود آهن هستند، میزان تولید ۵ تا ۷ درصد کاهش می یابد.

• **فرهنگ و سواد تغذیه ای:** انتخاب سید غذایی توسط خانوار به عوامل مختلفی بستگی دارد که یکی از مهمترین و زیربنایی ترین آنها فرهنگ و دانش تغذیه ای خانواده است.

طی سال های اخیر رژیم غذایی غنی از کربوهیدرات های پیچیده و فیبر جای خود را به رژیم های غذایی با سهم بیشتری از نمک، چربی، قند و غذاهای فرآیند شده و کم فیبر داده است و فست فود جایگزین سفره سنتی شده است. توزیع نامناسب غذا در بین اعضاء خانوار و عدم شناخت گروه های غذایی و نیازی بدن به هر یک از گروه ها نیز از جمله عوامل اصلی نامناسب بودن دریافت مواد غذایی در اعضاء خانوار می باشد. بنابراین لازم است برنامه جامع در زمینه ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای تدوین شده و از کلیه امکانات موجود برای فرهنگسازی و اصلاح الگوی غذایی استفاده شود.

وضعیت امنیت غذایی در کشور

مطالعه سمپات (سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه) برای تعیین وضعیت امنیت غذا و تغذیه ای کشور در سال ۱۳۸۷ طراحی و در طی سه سال (۱۳۹۰) به اجرا درآمد. براساس شاخص های کشاورزی، اقتصادی، اجتماعی، اقلیمی، بهداشتی و تغذیه ای مرتبط با امنیت غذایی و طبقه بندی شاخص های مذکور در سه حیطه تامین غذا، توان اقتصادی خرید و انتخاب غذا و تامین سلامت استان های کشور در ۶ طیف از بسیار امن غذایی تا بسیار ناامن غذایی تقسیم بندی شده اند.

سند ملی تغذیه و امنیت غذایی

سند ملی تغذیه و امنیت غذایی در سال ۱۳۹۱ توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه و براساس اهداف راهبردی و مداخلات کلان در سه حوزه اصلی تأمین پایدار غذا، بهبود ایمنی غذا و برنامه های سلامت تغذیه ای جامعه با مشارکت بخش های ذیربط تدوین و جهت اجرا با محوریت استانداردها و در قالب کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان به دانشگاه های علوم پزشکی کشور ابلاغ شد. در سال ۱۳۹۶ ارزشیابی فرایند اجرایی سند ملی تغذیه انجام شد.

هدف از انجام ارزشیابی پاسخگویی به ذینفعان از جمله مردم، مدیران ارشد، کارشناسان اجرایی و محققان در ارتباط با میزان عملیاتی شدن سند فوق از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ بود. ارزشیابی به روش مشارکتی (Participatory Evaluation) و با مشارکت شرکای اصلی انجام شد. میزان تحقق اهداف راهبردی سند و همچنین میزان تطابق روش استقرار سند با حالت مطلوب به ترتیب در کمیته قضاوت متشکل از ذینفعان اصلی و شورای مراقب برنامه (خبرگان) مشخص شد. براساس نتایج ارزشیابی، میانگین اجرایی شدن مداخلات ۵۲/۶ درصد برآورد شده است. از دیدگاه خبرگان یکی از مهمترین عوامل کلیدی در پیشرفت سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور شکل گیری کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و برگزاری بیش از ۱۰۰ جلسه بین بخشی بوده است. براساس نتایج ارزشیابی، اهداف راهبردی سند ملی تغذیه و امنیت غذایی در کارگروه تخصصی امنیت غذا و تغذیه ذیل دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بازنگری شده و در کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مورخ ۱۳۹۷/۹/۲۸ تصویب و کلیات اجرای سند مورد تایید نمایندگان کلیه ذی نفعان قرار گرفته است.

اهداف راهبردی براساس سند ملی تغذیه و امنیت غذایی در فاصله زمانی «۱۴۰۴-۱۴۰۰»

- افزایش درصد آگاهی مصرف (میوه، سبزی، حبوبات و لبنیات) خانوارها منطبق با سبد مطلوب غذایی با توزیع عادلانه در دهک های درآمدی براساس الگوی مصرف ایرانیان به میزان ۱۰ درصد
- افزایش میانگین دریافت روزانه میوه ها، سبزی ها، حبوبات، آبیژان، شیر و لبنیات خانوارها با توزیع عادلانه در دهک های درآمدی براساس الگوی مصرف ایرانیان به میزان ۱۰ درصد سال پایه (براساس سبد مطلوب غذایی سال ۱۳۹۱)

- اصلاح و بهبود میانگین عوامل خطرزای شاخص (سموم آفات نباتی، فلزات سنگین و نیترات) در ۸ محصول کشاورزی پرمصرف (سیب زمینی، پیاز، خیار (فضای باز و گلخانه‌ای)، گوجه فرنگی (فضای باز و گلخانه‌ای)، سیب و پرتقال در سطح تولید و عرضه به میزان ۱۰ درصد نسبت به سال پایه ۱۳۹۷ تا پایان برنامه متناسب با تخصیص اعتبارات مربوطه
- اصلاح و بهبود میانگین عوامل خطرزای شاخص (آفلاتوکسین، سموم آفات نباتی، فلزات سنگین، هورمون‌ها، آنتی بیوتیک‌ها) در محصولات دامی و آبزیان در سطح تولید و عرضه به میزان ۱۰ درصد نسبت به سال پایه ۱۳۹۷ تا پایان برنامه متناسب با تخصیص اعتبارات مربوطه
- افزایش میزان سبوس نان به میزان ۲۰٪ سال پایه ۱۳۹۵ و براساس سیاست ارتقای کیفیت نان کشور
- بهره مندی حداقل ۷۰ درصدی آحاد جامعه (کودکان، نوجوانان و جوانان، میانسالان، زنان باردار و سالمندان) از خدمات تغذیه‌ای (مشاوره، آموزش، مکمل یاری، رژیم درمانی، نظارت بر مراکز و...) در شبکه بهداشتی درمانی کشور
- کاهش میزان نمک، قندهای ساده، روغن و چربی موجود در فرآورده‌های غذایی و آشامیدنی پرمصرف با احتمال خطر بالا در صنف و صنعت به میزان ۳۰ درصد نسبت به سال پایه ۱۳۹۳
- کاهش شیوع سوء تغذیه پروتئین و انرژی در کودکان زیر ۵ سال به میزان ۲۰ درصد نسبت به سال پایه ۱۳۹۶
- توقف شتاب فزاینده اضافه وزن و چاقی در کلیه گروه‌های سنی
- کاهش شیوع کمبود ریز مغذی‌های شایع در ایران (ویتامین A، ویتامین D، کم خونی، روی، فقر آهن) به میزان ۱۰ درصد سال ۱۳۹۱ (پژوهش ملی پورای ۲ سال ۱۳۹۱)
- کاهش شیوع طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا (مسمومیت‌ها و عفونت‌ها و...) به میزان ۲۰ درصد سال پایه ۱۳۹۵
- بهبود الگوی مصرف مکمل‌های ورزشی در باشگاه‌ها و اماکن ورزشی به میزان ۲۰ درصد سال پایه ۱۳۹۷ تا پایان برنامه

الگوی مداخله‌ای امنیت غذایی

بسته امنیت غذایی (باغ) در قالب سند ملی تغذیه و امنیت غذایی جهت اجرا در استان‌های ناامن غذایی تدوین شده است. طی سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۹۵، الگوی مداخله‌ای بسته امنیت غذا و تغذیه (باغ) به صورت پایلوت و در یک شهرستان منتخب در استان‌های فوق با حمایت فرماندار و همکاری سازمان‌های مردم‌نهاد و مدیریت شبکه بهداشت و درمان شهرستان اجرا شده است. براساس تجارب حاصل، اجرا و توسعه الگوی باغ ابتدا در استان‌های کم‌برخوردار و سپس در سایر استان‌ها، در کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مورخ ۱۳۹۷/۹/۲۸ تصویب شد. در حال حاضر، مقدمات اجرای الگوی باغ با همکاری وزارتخانه‌های کشور، تعاون کار و رفاه اجتماعی و جهاد کشاورزی، سازمان‌های برنامه و بودجه کشور بهزیستی کشور و داوطلبان جمعیت هلال احمر، کمیته امداد امام خمینی (ره)، ستاد اجرایی فرمان حضرت امام خمینی (ره)، بنیاد مستضعفان انقلاب اسلامی، بنیاد مسکن انقلاب اسلامی، بنیاد علوی و آستان قدس رضوی فراهم شده است.

شیوه‌های اجرای برنامه

- برای اجرایی شدن سند ملی تغذیه و امنیت غذایی در سطح استان، کمیته‌های زیر و با ریاست استاندار باید تشکیل شود:
- کمیته سلامت: با مسئولیت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان
 - کمیته تولید غذای سالم: با مسئولیت اداره کل جهاد کشاورزی
 - کمیته دسترسی فیزیکی به غذای سالم: با مسئولیت اداره کل صنعت، معدن، تجارت
 - کمیته توانمندسازی جوامع محلی: با مسئولیت معاونت اجتماعی استان
 - کمیته ارتقاء فرهنگ و سواد: با مسئولیت صدا و سیما استان
 - کمیته حمایت تغذیه‌ای: با مسئولیت اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی

راهکارهای عمده بهبود تغذیه جامعه

هریک از سازمان‌های مسئول در تولید، تامین، توزیع و عرضه غذا و ارائه دهندگان خدمات (بهداشتی-درمانی، آموزشی و...) در کشور باید براساس راهکارهای متناسب با شرح وظایف سازمانی خود با یکدیگر همکاری نمایند. اهم این راهکارها عبارتند از:

- ایجاد هماهنگی بین بخش‌های مختلف و جلب همکاری و مشارکت آنها در تامین امنیت غذا و تغذیه
- ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه
- ارتقاء بهداشت و ایمنی مواد غذایی (food safety) از مزرعه تا سفره
- جلب مشارکت سازمان‌های حمایتی برای ارائه کمک غذایی به اقشار فقیر و کم درآمد
- توانمند سازی در سطح محله، خانوار و فرد
- توسعه خدمات بهداشتی درمانی جهت ارتقاء سطح سلامت مردم و پیشگیری از انواع سوء تغذیه
- پایش مستمر وضعیت غذا و تغذیه جامعه

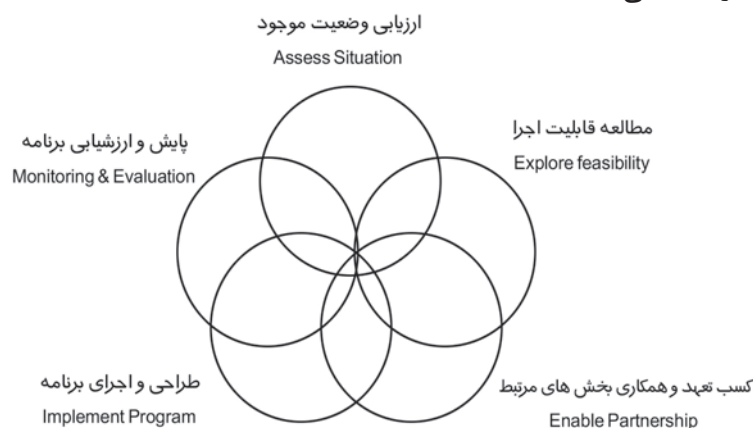
هدف از ارائه خدمات تغذیه جامعه

- شناسایی مشکلات تغذیه ای شایع و اولویت بندی آنها در منطقه
- طراحی و اجرای مداخلات مناسب با تاکید بر گروه‌های آسیب پذیر (مادران باردار و شیرده، کودکان زیر ۵ سال، نوجوانان در سنین بلوغ و سالمندان)
- جلب همکاری سایر بخش‌های مرتبط با غذا و تغذیه برای بهبود وضعیت تغذیه جامعه
- افزایش دسترسی خانواده‌ها به خدمات تغذیه با توجه به گسترش روزافزون بیماری‌های غیر واگیر مرتبط با تغذیه
- افزایش بهره مندی مردم از خدمات مشاورین تغذیه در قالب سیستم ارجاع
- گسترش طیف خدمات تغذیه (پیشگیرانه و درمانی) قابل دسترسی در خدمات سطح اول
- تقویت ارتباط بین خدمات سطح اول و سطوح بالاتر (به ویژه بین تیم سلامت و مشاورین تغذیه) و با برنامه‌های ملی بهبود تغذیه جامعه
- ارتقاء دانش پزشکان مراقبین سلامت در خصوص اصول تغذیه صحیح جهت سهولت در ارائه توصیه‌های تغذیه ای اولیه
- افزایش توانمندی پزشکان و مراقبین سلامت در ارائه آموزش تغذیه به گروه‌های مخاطب

مدیریت و برنامه ریزی تغذیه جامعه

برنامه ریزی تغذیه جامعه مانند سایر برنامه‌های بهداشتی شامل پنج مرحله است که عبارتند از:

۱. ارزیابی وضعیت موجود
 ۲. طراحی مدل مداخله و مطالعه قابلیت اجرا
 ۳. جلب مشارکت و همکاری بخش‌های ذیربط
 ۴. اجرای مداخله
 ۵. پایش و ارزشیابی اجرای برنامه.
- شکل زیر چرخه برنامه ریزی را نشان می‌دهد.



۱. ارزیابی وضعیت موجود

برای شناسایی وضعیت موجود ابتدا لازم است با جمع‌آوری اطلاعات موجود مشکلات تغذیه‌ای شایع، ظرفیت‌ها و امکانات موجود در منطقه تعیین شده و تصویری از انواع مشکلات تغذیه‌ای و عوامل مؤثر در ایجاد آنها در منطقه ترسیم شود. با شناسایی وضعیت موجود، تحلیل و اولویت بندی، نیازهای سلامت افراد، خانواده و جمعیت تحت پوشش تعیین می‌گردند. در فرایند نیازسنجی جامعه، وضعیت فعلی سلامت افراد، عوامل خطر مهم در بروز مشکل و علل مشکلات شناسایی شده و فعالیت‌های لازم برای این کار تعیین می‌گردد. نیازسنجی روندی دائمی بوده و پیوسته در مراحل بعد ارتقاء می‌یابد. اطلاعات لازم جهت شناسایی مشکلات سلامت در یک جمعیت از منابع متعدد از قبیل داده‌های اپیدمیولوژیک، شاخص‌های اجتماعی و محیطی و دیدگاه‌های تخصصی و غیرتخصصی کسب می‌شود. در هر سطح نظام ارایه خدمات سلامت، لازم است از روش خاص جمع‌آوری اطلاعات برای آن سطح استفاده نمود که منجر به شناسایی مشکلات و نیازهای واقعی سلامت افراد و جامعه می‌شود:

۱. در سطوح محیطی مانند خانه بهداشت و پایگاه سلامت کاربرد روش مشاهده محیط منطقه، بررسی فرم‌های اولیه خانه بهداشت و پایگاه سلامت، مصاحبه ساده و نظرخواهی از مردم به دلیل سادگی و ارزان بودن
 ۲. در سطح مرکز بهداشت شهرستان، بررسی آمارارسالی از مراکز بهداشتی و همچنین نتایج ارزشیابی از حوزه تحت پوشش مرکز شهرستان
 ۳. در سطح معاونت بهداشتی دانشگاه، تحلیل شاخص‌های ارسالی از سطح شهرستان به معاونت
- برای مشکلات تغذیه‌ای انتخاب شده، باید زنجیره علت و معلولی مشکلات استخراج گردد به عنوان مثال از علل شیوع چاقی در جمعیت تحت پوشش "کمبود فعالیت بدنی" و یا "مصرف زیاد چربی"، فست فود و یا علل دیگری می‌تواند باشد. بنابراین برای حل مشکل باید تمام علل مؤثر در بروز چاقی ابتدا تعیین شوند.

۲. طراحی مداخله مناسب

علل بروز مشکلات تغذیه‌ای دو نوع است:

- علل رفتاری مانند مصرف بی رویه فست فودها، غذاهای چرب و سرخ شده و پرنمک، نوشابه‌های گازدار و تحرک بدنی کم
- علل غیر رفتاری مانند شرایط محیطی (شغل بی تحرک)، اجتماعی (استرس‌های روزمره) و اقتصادی (عدم دسترسی به شیر و لبنیات، سبزی‌ها و میوه‌های تازه به دلیل درآمد کم).

شناسایی دقیق علل مشکلات تغذیه‌ای، نوع مداخله لازم برای برخورد با مشکل را مشخص می‌سازد، لذا مرحله‌ای مهم در برنامه‌ریزی‌های بهبود تغذیه جامعه محسوب می‌شود. معمولاً مشکلاتی که ناشی از علل رفتاری هستند، مداخلات آموزشی را می‌طلبند و علل غیر رفتاری راهکارهای غیرآموزشی را می‌طلبند که مداخلات مورد نیاز آن مداخلات ارتقای سلامت می‌باشد. منظور از مداخلات ارتقای سلامت یا غیرآموزشی هر نوع مداخله از جمله حمایت طلبی، جلب مشارکت سایر سازمان‌ها، تلاش برای تغییر محیط، وضع مقررات یا حاکم شدن یک سیاست و یا سایر مداخلاتی است که معمولاً نیازمند کار با سایر سازمان‌ها و یا ارتباط با مسئولین بالادستی دارد.

مشکلات تغذیه‌ای ماهیتی چندبعدی دارند و فاکتورهای متعددی در بروز آنها مؤثر است. برگزاری جلسات مشورتی بارش افکار Brain storming و کارگاه‌های آموزشی با حضور نمایندگان بخش‌های مختلف از جمله جهاد کشاورزی، صنعت، معدن تجارت، آموزش و پرورش، کمیته امداد امام، بهزیستی، نمایندگان مردم و سایر بخش‌های مرتبط روشی مؤثر بر تجزیه و تحلیل مشکلات در منطقه و جلب حمایت و مشارکت همه بخش‌ها برای حل مشکلات تغذیه‌ای شایع در منطقه است. تجارب کشورهای مختلف نشان داده است که اگر بخش‌های مختلف و خود مردم در طراحی مداخلات تغذیه‌ای حضور داشته باشند آن برنامه به نحو مؤثرتری اجرا می‌شود و قابلیت اجرایی بیشتری خواهد داشت. بعنوان مثال برای مداخله آموزشی برای افزایش آگاهی‌های تغذیه‌ای نوجوانان یک مدرسه باید با مشارکت مدیر و معلمین و مراقبین بهداشت مدارس و مسئولین مربوطه و حتی اولیاء دانش‌آموزان برنامه‌ریزی شود و از خود آنها برای آموزش تغذیه به نوجوانان کمک گرفته شود. با تشکیل گروه‌های داوطلب نوجوانی و آموزش آنها، می‌توان از خود دانش‌آموزان برای آموزش به سایر نوجوانان و نظارت بر بوفه مدرسه کمک گرفت.

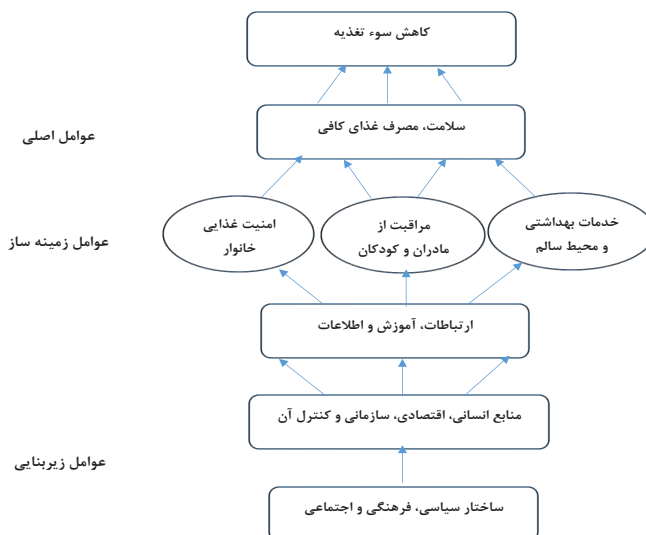
مطالعه قابلیت اجرا

پس از طراحی مداخله برای حل مشکل، ابتدا باید مداخله در سطح کوچک و بصورت آزمایشی اجرا شده و بطور منظم پایش شود. اجزاء عمده برنامه مداخله شامل تدوین اهداف، گروه هدف، مسائل اجرایی برنامه، منابع مورد نیاز و تدوین برنامه پایش و ارزشیابی می باشد. پایش اجرای طرح پایلوت نیازمند بازدید و نظارت بر اجرای آن است. بدین منظور برنامه مدون بازدید بصورت زمان بندی شده باید تهیه شود. در طول اجرای پایلوت، نقاط ضعف برنامه به منظور یافتن راه حل های مناسب برای رفع مشکل شناسایی می شود. پس از ارزشیابی طرح پایلوت و تعیین اثربخشی آن می توان با تدوین دستور عمل اجرایی آنرا در سطح جامعه به اجرا گذاشت. مداخله انتخابی باید:

۱. متناسب با منابع و امکانات موجود باشد
۲. سهل الوصول و ساده باشد
۳. در کوتاه مدت قابل ارزشیابی باشد
۴. قابل اجرا و کاربردی باشد
۵. همکاری های بین بخشی و انتظارات از هر بخش برای دستیابی به اهداف طرح تعیین شده باشد
۶. نیاز به بودجه و اعتبارات زیاد نداشته باشد و حتی الامکان با استفاده از اعتبارات جاری اجرا شود
۷. مشارکت و همکاری مردم (گروه های داوطلب، رابطین بهداشتی) در مراحل اجرا، پایش و نظارت بر اجرای طرح در نظر گرفته شود

۳. کسب تعهد و جلب مشارکت بخش های ذیربط

مشکلات تغذیه ای ماهیت چندبعدی دارند و دلایلی که منجر به بروز آنها می شوند متعددند. چارچوب نظری یونیسف که در زیر نشان داده شده است نشان می دهد که برای حل مشکل سوء تغذیه باید به علل پدید آورنده آن توجه شود.



این شکل که به چارچوب نظری یونیسف معروف است نشان می دهد که دلایل بروز مشکلات تغذیه ای و ناامنی غذایی در یک منطقه شامل عوامل زیربنایی از جمله عوامل سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و سطح سواد و میزان تحصیلات افراد جامعه است که بهبود آنها نیاز به حمایت مسئولین و سیاستگذاران کشور دارد. عوامل زمینه ای که خود سه دسته است و شامل وجود غذای کافی، مراقبت از مادران و کودکان و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی (آب سالم، محیط سالم و...) می باشد.

مراقبت کافی از مادران و کودکان شامل مراقبت های بهداشتی برای دختران و زنان قبل از ازدواج، مراقبت های بارداری و شیردهی، حمایت از مادران برای تغذیه کودک به شیرمادر و تغذیه تکمیلی کودک، کاهش حجم کار و فراهم کردن استراحت کافی برای مادران، تغذیه مناسب کودک بیمار می باشد. عوامل فوری شامل بیماری و عدم مصرف غذای کافی است. عدم تامین خدمات

بهداشتی از جمله واکسیناسیون، سالم سازی آب آشامیدنی، بهسازی محیط و... برای پیشگیری از بیماری ها نقش مهمی در برقراری امنیت تغذیه ای دارد. ابتلا مکرر به بیماری ها با اختلال در جذب مواد مغذی موجب سوء تغذیه می شود. سوء تغذیه در دو طیف کمبود و اضافه دریافت انرژی که بصورت کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری در کودکان و اضافه وزن و چاقی خود را نشان می دهد و کمبود انواع ریزمغذی ها ماهیت چند بعدی دارد و علل مختلفی در بروز آنها موثر است و در صورتی می توان مشکل ناامنی غذایی و یا سوء تغذیه کودکان را در یک منطقه حل کرد که به تمام عوامل زیربنایی، عوامل واسطه ای و عوامل فوری توجه شود.

۴. اجرای مداخله و تدوین برنامه عملیاتی

به دنبال تعیین نوع مداخله لازم، باید اهداف مرتبط با مداخله را تعیین نمود. اهداف شامل هدف کلی (Goals) و هدف های اختصاصی (Objectives) می باشند.

- **هدف کلی یا Gaol:** اهداف دراز مدت و کلان بوده و تغییرات طولانی مدت در رفتار یا وضعیت سلامت و یا تغییرات شرایط اقتصادی و محیطی را بیان می کنند. مثال: کاهش شیوع کم خونی در مادران باردار
- **اهداف اختصاصی یا Objectives:** اهداف لازم برای عملیاتی کردن برنامه بوده و بیانگر شرایط دستیابی به اهداف کلان می باشند. این اهداف باید شرایط ذیل را دارا باشند که به طور خلاصه SMART نامیده می شود:
 - **Specific:** اختصاصی باشند. فقط به یک موضوع اختصاصی متمرکز می شوند مثلاً کاهش شیوع کم خونی در مادران باردار شهر تهران
 - **Measurable:** قابل سنجش و قابل اندازه گیری باشند. یعنی دارای مقیاس های قابل اندازه گیری نظیر زمان، تعداد، درصد و نظایر آن هستند مثلاً کاهش شیوع کمبود آهن در مادران باردار شهر تهران از ۱۵٪ به ۱۰٪
 - **Achievable:** قابل دسترسی باشند. وقتی می گوئیم کاهش شیوع کم خونی، این هدف، هدف عینی، ملموس و قابل دستیابی است یعنی در حال حاضر شیوع کم خونی در مادران باردار شهر تهران ۱۵٪ است و ما در نظر داریم با طراحی و اجرای مداخله مناسب آنرا به ۱۰٪ کاهش دهیم.
 - **Realistic:** اینکه هدف باید واقع گرایانه هستند یعنی تخیلی و غیر مرتبط با رسالت ما نیست و کاملاً با حوزه کاری ما مرتبط است.
 - **Time Bound:** هدف باید مدت دار باشد و کاملاً مشخص باشد که ما در طول چه مدت می خواهیم به این هدف برسیم، ظرف ۳ ماه یا ۶ ماه و یا یکسال.

اهداف اختصاصی در چند حیطه قرار می گیرند:

- **اهداف از نوع فرایندی، تشکیلاتی، اجرایی:** نمونه این اهداف: تجهیزات لازم جهت مراقبت کلیه افراد گروه هدف در مدت یکسال به میزان ۵۰٪ تجهیزات فعلی ارتقا یابد.
- **اهداف از نوع یادگیری:** نمونه این اهداف:
 ۱. سه ماه پس از نصب پوستر آموزشی کاهش مصرف نمک در منطقه تحت پوشش، حداقل ۸۰٪ افراد گروه هدف از جلسات آموزشی تغذیه مطلع باشند (سطح اطلاع رسانی).
 ۲. پس از توزیع مطالب آموزشی تغذیه بین کلیه افراد گروه هدف، باید ۸۰٪ آنها به روش مصاحبه تلفنی قادر به بیان مهمترین عامل خطر فشار خون بالا باشند (سطح آگاهی).
 ۳. طی حضور در یکی از جلسات آموزشی تغذیه و فشار خون ۵۰ درصد شرکت کنندگان معتقد باشند که رعایت تغذیه صحیح اهمیت زیادی دارد (سطح نگرش).
 ۴. طی ۶ ماه آینده ۵۰ درصد از افراد مبتلا به فشار خون بالا، مهارت لازم برای تنظیم برنامه غذایی خود را کسب نموده اند (سطح مهارت).
- **اهداف از نوع رفتاری (عملی):** نمونه این اهداف: در یک سال آینده، ۵۰ درصد افراد مبتلا به فشار خون بالا نمکدان را حذف کرده اند.

• **اهداف از نوع پیامد** نمونه این اهداف: طی ۳ سال آینده، بروز فشار خون بالا در افراد پرخطر به نصف کاهش یابد.

تدوین برنامه عملیاتی

کارشناس تغذیه (مرکز بهداشت استان، شهرستان، مرکز سلامت جامعه) موظف به تدوین برنامه عملیاتی سالانه است. پس از تعیین اهداف برنامه عملیاتی تدوین می‌گردد. بدین صورت که برای هر هدف اختصاصی، چند راهکار (استراتژی) تعیین می‌گردد. استراتژی یعنی راه رسیدن به هدف. فعالیت‌های لازم برای هر راهکار به همراه مسئول اجرای فعالیت، مکان، زمان، طول مدت، منابع انسانی و مالی و روش ارزشیابی این فعالیت، در جدول برنامه عملیاتی ثبت می‌گردند. مداخلات باید دقیقاً منطبق بر اهداف اختصاصی باشند. طراحی برنامه عملیاتی برای هر یک از اولویت‌های تغذیه‌ای باید بر اساس شرایط موجود از قبیل نیروی انسانی، بودجه، زمان کافی و بویژه قابلیت اجرای فعالیت‌ها باشد. بنابراین در اجرای مداخلات آموزشی و غیرآموزشی، می‌توان انتظار داشت مداخلات دو مرکز خدمات جامع سلامت با هم و یا با مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی در یک شهرستان تفاوت داشته باشند.

۵. پایش و ارزشیابی

• **پایش (Monitoring):** پایش به معنی نظارت بر روند اجرای برنامه و پیگیری روز به روز فعالیت‌ها در ضمن اجرا به منظور اطمینان از پیشرفت کار مطابق با جدول زمان بندی است. ضمن پایش برنامه می‌توان نقاط ضعف و مشکلات اجرایی موجود را شناسایی و برای رفع آنها اقدام نمود به نحوی که فعالیت‌ها از مسیر پیش بینی شده منحرف نشوند. برای پایش برنامه لازم است چک لیست فهرست از پیش تهیه شده سوالات یا اقداماتی است که برای رسیدن به هدف برنامه باید به اجرا درآید. در حقیقت چک لیست فرم استاندارد است که با استفاده از آن می‌توان وضعیت اجرای یک برنامه را پایش و کنترل نمود. سوالات موجود در چک لیست از طریق مصاحبه و یا مشاهده نحوه ارائه خدمات تکمیل و امتیاز بندی می‌شود به این ترتیب می‌توان عملکرد کارکنان بهداشتی را ارزیابی و نقاط ضعف را اصلاح نمود.

• **ارزشیابی (Evaluation):** به معنای جمع‌آوری و تحلیل منظم اطلاعات برای تصمیم‌گیری است. ارزشیابی تاثیر برنامه را از نظر هزینه اثربخشی، دستیابی به اهداف و شناسایی فرصت‌های پیشرفت مشخص می‌کند. در ارزشیابی باید دستیابی به اهداف مورد انتظار در برنامه عملیاتی مورد ارزیابی قرار گیرند. ارزشیابی مداخلات آموزشی باید بر اهداف مهارتی و رفتاری تاکید بیشتری نماید، زیرا هدف نهایی آموزش، بهبود رفتار است. هر نوع ارزشیابی توسط ابزار ویژه که می‌تواند پرسشنامه، مشاهده یا مصاحبه باشد، انجام می‌شود.

• **ارزشیابی فرایند (Process):** از طریق تعیین پیشرفت هر فعالیت (بر طبق چارچوب زمانی) و کیفیت انجام آن و رضایتمندی از اجرای برنامه انجام می‌گیرد و به استراتژی‌های طراحی شده برای آن برنامه مربوط می‌گردد. با کاربرد جدول گانت، میزان پیشرفت هر فعالیت را می‌توان ارزیابی نمود. به عنوان مثال اگر مقرر شد آموزش کارکنان تا پایان سال جاری اجرا شود و این آموزش‌ها در عمل تا سال بعد از آن به طول انجامد، فرایند برنامه آموزش موفق نبوده است،

ارزشیابی پیامدهای بلندمدت نیازمند تحلیل تغییرات طولانی مدت شاخص‌های برنامه است و در نتیجه انجام این ارزشیابی برعهده بالاترین سطح هر واحد بهداشتی، یعنی واحدهای معاونت بهداشتی دانشگاه و دفتر بهبود تغذیه جامعه است.

برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه در ایران

کشور ما نیز مانند سایر کشورهای جهان دوران گذار اپیدمیولوژیک تغذیه را طی می‌کند و در این گذار، از یک طرف سوء تغذیه پروتئین انرژی به شکل کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری در کودکان زیر ۵ سال و کمبود ریزمغذی‌های آهن، روی، کلسیم، ید، ویتامین‌های A و D در گروه‌های سنی مختلف وجود دارد و از سوی دیگر اضافه وزن و چاقی روند رو به افزایش دارد. اضافه وزن و چاقی زمینه ساز ابتلاء به بیماری‌های غیرواگیر از جمله دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی، انواع سرطان‌ها، بیماری‌های مفصلی استخوانی است. در حال حاضر مهمترین علل مرگ و میر در کشور ما بیماری‌های غیرواگیر است و مهمترین عوامل خطر ابتلاء به این بیماری‌ها الگوی غذایی نامناسب، تحرک بدنی ناکافی، مصرف دخانیات و استرس می‌باشد.

برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه در قالب سند ملی تغذیه و امنیت غذایی

- پیشگیری و کنترل سوء تغذیه پروتئین انرژی در کودکان زیر ۵ سال
- بهبود وضعیت تغذیه مادران باردار و شیرده
- بهبود وضعیت تغذیه نوجوانان و دانش‌آموزان
- بهبود وضعیت تغذیه جوانان و میانسالان
- بهبود وضعیت تغذیه سالمندان
- پیشگیری و کنترل تغذیه ای بیماری‌های واگیر و غیرواگیر شایع در قالب برنامه تحول سلامت
- ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه
- پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی
- بهبود کیفیت تغذیه در اماکن و مراکز جمعی
- مدیریت خدمات تغذیه در شرایط بحران و بلایا
- بهبود تغذیه و تولید سالم در جامعه زنان روستایی و عشایری
- پیشگیری و کنترل کمبود ریزمغذی‌ها (اختلالات ناشی از کمبود ید، کم خونی فقر آهن، کمبود روی، کمبود ویتامین A، کمبود ویتامین D)

اهداف

- ارتقاء آگاهی و سواد تغذیه ای خانواده‌ها
 - کاهش شیوع سوء تغذیه پروتئین انرژی در گروه‌های آسیب پذیر
 - کاهش شیوع کمبود ریزمغذی‌ها در گروه‌های سنی مختلف
 - کاهش شیوع میانه یدادار کمتر از ۱۰ میکروگرم در دسی لیتر در دانش آموزان ۱۰-۸ ساله
 - افزایش پوشش مصرف نمک یددار تصفیه شده
 - کاهش مصرف قند، نمک و چربی در خانواده‌ها
 - افزایش دریافت روزانه فیبر، شیر و لبنیات، سبزی و میوه و حبوبات در خانواده‌ها
 - کاهش سرعت فزاینده اضافه وزن و چاقی در گروه‌های سنی مختلف
- در این فصل محورهای عمده برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه شرح داده شده است. برای اطلاعات بیشتر به فصل‌های مربوطه مراجعه کنید.

بهبود تغذیه کودکان

- عمده ترین فعالیت‌ها و خدمات در حال ارائه در شبکه بهداشت و درمان کشور در گروه سنی کودکان زیر ۵ سال به شرح زیر است:
- **ترویج تغذیه با شیرمادر:** تغذیه کودک با شیرمادر به فاصله ۳۰ دقیقه پس از تولد باید آغاز شود و تا ۶ ماه تمام بطور انحصاری (فقط شیرمادر) و از پایان شش ماهگی تا دوازده ماهگی شیرمادر همراه تغذیه تکمیلی و تا ۲۴ ماهگی شیرمادر همراه با غذای سفره ادامه یابد.

- **برنامه تغذیه تکمیلی:** تغذیه تکمیلی کودک براساس دستورالعمل‌های تدوین شده از پایان ماه ششم پس از تولد (۱۸۰ روزگی) تا ۲۴ ماهگی اجرامی شود. در مورد کودکانی که دچار اختلال رشد هستند، ممکن است تغذیه تکمیلی بین ۶-۴ ماهگی شروع شود.
- **پایش رشد:** پایش رشد کودک فرایندی است که اقدامات زیر را در بر می‌گیرد:

(۱) اندازه‌گیری وزن، قد و دور سر کودک و ثبت نقاط بر روی منحنی‌های مرتبط و رسم منحنی‌ها (۲) مقایسه روند رشد کودک با منحنی‌های استاندارد رشد (۳) تفسیر روند رشد کودک و قضاوت در زمینه وضعیت رشد کودک (۴) انجام مداخلات لازم، آموزش و مشاوره با مادر (۵) پیگیری وضعیت رشد کودک (۶) ارزیابی مداخله آموزشی. برای اطلاعات بیشتر به راهنمای مراقبت ادغام یافته کودک سالم مراجعه کنید.

- **مکمل یاری باریزمغذی‌ها:** به منظور پیشگیری و کنترل کمبود ریزمغذی‌ها، از طریق شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور، برنامه مکمل یاری براساس دستورالعمل‌های موجود انجام می‌شود.

برنامه پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در کودکان

این برنامه با هدف توقف روند افزایشی اضافه وزن و چاقی در کودکان از سال ۱۳۹۹ به اجرا گذاشته شد. راهنمای کنترل اضافه وزن و چاقی تدوین و در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور قرار گرفت و این راهنما به طور آشنایی آموزش داده شده و اجرا گردید به طوری که کودکان دارای اضافه وزن یا چاق از طریق مراقبت‌های بهداشتی شناسایی و به کارشناس تغذیه ارجاع داده می‌شوند و کارشناسان تغذیه براساس راهنما ابتدا شاخص‌های تن سنجی، الگوی تغذیه و فعالیت بدنی کودک را ارزیابی و سپس ضمن مشاوره تغذیه و اصلاح الگوی تغذیه کودک، پیگیری‌های لازم را انجام می‌دهند.

برنامه مشارکتی و حمایتی پیشگیری از سوءتغذیه کودکان

با توجه به ماهیت چند بعدی سوء تغذیه کودکان، دفتر بهبود تغذیه جامعه از سال ۱۳۷۵ تا سال ۱۳۷۸ با همکاری انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، یونیسیف، وزارت کشاورزی، آموزش و پرورش، نهضت سواد آموزی، جهاد سازندگی، کمیته امداد امام خمینی و بهزیستی طرح مداخله‌ای کاهش سوء تغذیه در کودکان مناطق روستایی سه شهرستان ایلام (استان ایلام)، بردسیر (استان کرمان) و برازجان (استان بوشهر) را به مورد اجرا گذاشت تا بر مبنای آن الگوی اجرایی مناسبی که قابل تعمیم به کل کشور باشد بدست آید. بعد از بررسی وضعیت موجود در هر سه منطقه، ابعاد مشکل سوء تغذیه و علل اصلی آن مشخص گردید و سپس راهکارهای تدوین شده در سه استان جمع‌آوری شد و در کمیته راهبری مورد بحث قرار گرفت و این راهکارها که به طور خلاصه "مشکات سلامت" نامیده شد، از حرف اول کلمات مختلفی تشکیل شده است که راهکارهای اصلی برای مقابله با سوء تغذیه را در این مناطق روشن کرد:

| | |
|-------------------------------|--|
| م = بهداشت محیط | س = سبزیکاری در باغچه منزل |
| ش = شیر مادر | ل = لبنیات و استفاده از آن |
| ک = کارت رشد | ا = انرژی و رعایت تنوع و تعادل در رژیم غذایی |
| ا = آب سالم و مبارزه با اسهال | م = میوه و اهمیت مصرف آن |
| ت = تغذیه تکمیلی | ت = تنظیم خانواده |

ارزشیابی این طرح مداخله‌ای پس از ۳ سال اجرا، حاکی از آن است که میزان شیوع سوء تغذیه کودکان در مناطق مورد مداخله تا حدود ۵۰٪ کاهش یافت. تجربیات حاصل از این طرح نشان می‌دهد که محوریت استانداردها و فرماندار و درگیر شدن مسئولین بخش‌های مختلف توسعه برای بهبود وضعیت تغذیه جامعه ضروری است. متأسفانه فقر و سوء تغذیه در کنار هم یک زنجیره و سیکل معیوبی را ایجاد می‌کنند که همدیگر را تقویت نموده و سبب بدتر شدن وضعیت جامعه در تمامی ابعاد می‌شود. مقابله با محرومیت، فقر و سوء تغذیه از جمله وظایف اصلی دولت هاست و تمامی ارگان‌های ذیربط باید در کنار هم بر علیه آن مقابله کنند. با توجه به این که رفع سوء تغذیه در آن دسته از کودکانی که به دلیل فقر دچار افت رشد می‌شوند از عهده بخش بهداشت خارج است و همان طوری که ارزشیابی طرح مداخله‌ای نشان داد پس از گذشت ۳ سال از اجرای طرح هنوز حدود ۵۰٪ کودکان دچار سوء تغذیه بودند که علت آن وجود فقر در خانواده بود. لذا با همکاری کمیته امداد امام خمینی برنامه حمایتی تغذیه کودکان زیر ۶ سال مبتلا به سوء تغذیه

خانوارهای نیازمند از سال ۱۳۸۰ در شهرستان سواد کوه استان مازندران به اجرا گذاشته شد و نتایج مفید آن سبب گردید که اجرای برنامه به کل کشور تعمیم یابد. در این برنامه کمک‌های غذایی به شکل یک سبد غذایی که توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه طراحی شده است از طریق کمیته امداد امام بصورت رایگان به کودکان نیازمند مبتلاء به سوء تغذیه داده می‌شود.

برنامه تامین یک وعده غذای گرم در روستامهدها

برنامه تامین یک وعده غذای گرم برای کودکان ۳ تا ۶ سال در مهدهای کودک روستائی از مهر ۱۳۸۶ آغاز و تاکنون ادامه دارد. این برنامه با همکاری سازمان بهزیستی و وزارت رفاه در حال اجراست. یکی از اهداف این برنامه، بهبود وضع تغذیه کودکان در روستامهدها می‌باشد. تامین غذای گرم حداقل در یک دوره شش ماهه در هر سال انجام می‌شود (ابتدای مهر تا پایان اسفند). به منظور ارزیابی برنامه در ابتدا و انتهای برنامه در هر سال کلیه کودکان تحت پوشش برنامه وزن و قدشان توسط کارکنان مراکز بهداشتی اندازه‌گیری و شاخص‌های تن سنجی (لاغری، اضافه وزن، چاقی، کوتاه قدی و کم وزنی) تعیین می‌شود. در حین برنامه مجموعه آموزشی تغذیه کودکان زیر پنج سال برای مدیران و مربیان آموزش داده می‌شود. تنظیم برنامه غذایی توسط کارشناس تغذیه معاونت بهداشتی انجام می‌شود. تا سال ۱۳۹۸ بیش از دویست هزار کودک در شش هزار روستا مهد تحت پوشش برنامه قرار گرفتند.

بهبود تغذیه مادران باردار و شیرده

پیروی از یک برنامه غذایی مناسب در دوران بارداری برای حفظ سلامت و پیشگیری از تخلیه ذخایر بدن از ریز مغذی‌ها ضروری است. مهمترین اقداماتی که در این برنامه در نظر گرفته شده است مراقبت‌های تغذیه‌ای پیش از بارداری، در حین بارداری و دوران شیردهی است. بیش از بارداری با اندازه‌گیری قد و وزن و محاسبه نمایه توده بدنی (BMI) زنانی که دچار سوء تغذیه، اضافه وزن و یا چاقی هستند توسط بهوزران و مراقبین سلامت براساس دستور عمل‌های موجود شناسایی شده و آموزش و مشاوره تغذیه برای رسیدن به وزن مناسب و شروع یک بارداری ایمن و بی‌خطر به آنها از طریق آموزش چهره به چهره و کلاس‌های گروهی داده می‌شود. در دوران بارداری اقدامات عمده عبارتند از: آموزش و مشاوره تغذیه، مکمل یاری با ریز مغذی‌ها، پایش روند وزن‌گیری مادر باردار، مراقبت تغذیه‌ای مادرانی که وزن‌گیری مطلوب ندارند و یا دچار اضافه وزن و چاقی هستند، مادران دیابتیک و مادرانی که فشار خون بالا دارند.

مکمل یاری ریز مغذی‌ها در دوران بارداری و شیردهی: به منظور پیشگیری و کنترل کمبود ریز مغذی‌ها، کلیه مادران باردار و شیرده تحت پوشش برنامه مکمل یاری قرار می‌گیرند. آموزش مادران در زمینه اهمیت مصرف مکمل، زمان شروع، نحوه و مقدار مصرف آن و هم‌چنین آموزش تغذیه در خصوص منابع غذایی ریز مغذی‌ها بویژه آهن، روی، کلسیم، اسید فولیک، ویتامین A و D هم‌زمان با تجویز مکمل از اقدامات مهمی است که توسط بهوزر، کاردان، بهداشت خانواده و مراقبین سلامت باید انجام شود. موفقیت برنامه‌های مکمل یاری مستلزم آموزش مادران است. برای آگاهی از برنامه مکمل یاری به دستور عمل‌های موجود مراجعه کنید. مادران بارداری که مبتلا به سوء تغذیه هستند، براساس ضوابط و معیارهای تعیین شده در دستور عمل بطور رایگان سبد غذایی را هر دو ماه یکبار دریافت می‌کنند. این برنامه در حال حاضر در مناطق روستائی اجرا می‌شود و مادران باردار نیازمند توسط بهوزران شناسایی شده و از طریق مرکز بهداشت استان به سازمان‌های حمایتی طرف همکاری همچون کمیته امداد امام (ره) برای دریافت سبد غذایی معرفی می‌شوند. ترکیب سبد غذایی براساس نیازهای تغذیه‌ای مادران باردار و توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه تعیین می‌شود. مدیران تغذیه دانشگاه‌ها ترکیب سبد غذایی را براساس مواد غذایی محلی و موجود در منطقه و با هماهنگی دفتر بهبود تغذیه تنظیم می‌کنند. قبل از دریافت سبد غذایی، مادران باردار باید در کلاس‌های آموزش تغذیه شرکت کنند. فعالیت‌های مهمی که در این برنامه توسط بهوزران و کارشناسان تغذیه باید انجام شود آموزش تغذیه به مادران باردار تحت پوشش در زمینه تعادل و تنوع در رژیم غذایی، گروه‌های غذایی اصلی و جایگزین‌های آنها، اهمیت مصرف، زمان شروع و نحوه مصرف مکمل‌های اسید فولیک و ید، مولتی ویتامین مینرال حاوی ید به صورت چهره به چهره یا در کلاس‌های گروهی می‌باشد. اجرای این برنامه در حاشیه شهرها نیز در دست پیگیری است.

بهبود تغذیه کودکان سنین مدرسه و نوجوانان

پایگاه تغذیه سالم در مدرسه (بوفه مدارس)

پایگاه تغذیه سالم (بوفه های مدارس) را می توان به عنوان پایگاهی برای بهبود عملکرد تغذیه ای کودکان و نوجوانان سنین مدرسه به شمار آورد. این برنامه ابتدا توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در جلسه مورخ ۸۵/۴/۲۷ با استناد به ماده ۳ آئین نامه اجرایی تامین، حفظ و ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش آموزان مصوب به شماره ۵۵۰۲۸/ت/۲۹۲۶۳ مورخ ۱۳۸۴/۹/۹، با عنوان «دستورعمل تامین میان وعده غذایی و سبد غذایی بوفه های مدارس، تغذیه رایگان و برنامه غذایی مدارس شبانه روزی» در ۲۶ ماده تصویب نمود. سپس در سال ۱۳۸۷ توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه با همکاری اداره سلامت نوجوانان و جوانان دفتر بهداشت خانواده و جمعیت، مرکز سلامت محیط و کار، دفتر سلامت و پیشگیری از آسیب های اجتماعی وزارت آموزش و پرورش با عنوان «دستورعمل بهداشتی پایگاه تغذیه سالم و تعاونی های مدارس» بازنگری گردید. این دستورعمل طی بازنگری مجدد، با امضای دو وزیر آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به امضای تفاهم رسید و توسط وزارت آموزش و پرورش به کلیه مناطق آموزش و پرورش کشور ابلاغ گردید. هر ساله فهرست مواد غذایی مجاز و غیر مجاز در قالب «دستورعمل پایگاه های تغذیه سالم در مدارس» توسط کمیته ای متشکل از کارشناسان وزارت بهداشت و وزارت آموزش و پرورش تهیه و به دانشگاه های علوم پزشکی (معاونت های بهداشتی) برای نظارت بر اجرای آن ارسال می شود، تا در مدارس به اجرا درآید. در این برنامه علاوه بر نظارت بر عرضه اقلام غذایی مجاز در بوفه های مدارس که باید به طور مستمر انجام شود، آموزش دانش آموزان و اولیاء آن ها در زمینه تغذیه صحیح و میان وعده های سالم و مغذی برای دانش آموزان بسیار مهم است. در این زمینه، کارشناسان تغذیه مرکز استان و شهرستان و کارشناسان مراکز خدمات جامع سلامت جلسات آموزشی در مدارس را با همکاری آموزش و پرورش برگزار می کنند.

پایگاه تغذیه سالم به مکانی اطلاق می شود که تهیه و عرضه و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی آماده مصرف و سالم به صورت سرد و گرم در آن انجام می گیرد. بهورزان و مراقبین سلامت باید ضمن نظارت بر کار پایگاه های تغذیه سالم مدارس، بر رعایت اصول بهداشتی تأکید نمایند و در صورتی که در پایگاه تغذیه سالم های مدارس انواع ساندویچ ها تهیه و عرضه می شوند، به مسئول پایگاه تغذیه سالم تذکر دهند که سطوح مورد استفاده باید هر روز کاملاً تمیز شوند. فهرست مواد غذایی مجاز و غیر مجاز در پایگاه تغذیه سالم در هر سال تحصیلی بازنگری می شود.

برنامه شیر مدرسه

برنامه شیر مدرسه با هدف فرهنگ سازی و ترویج مصرف شیر به عنوان منبع عمده پروتئین، کلسیم و فسفر از سال ۱۳۷۹ در یکی از مناطق شهر تهران، به اجرا درآمد. این طرح با اولویت مناطق محروم، برای دانش آموزان مقطع ابتدایی، اجرا شد و در سال ۱۳۸۰ در استان های سیستان و بلوچستان، کردستان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد و بوشهر به اجرا درآمد در سال ۱۳۸۱ استان خراسان نیز در برنامه گنجانده شد. در سال ۱۳۸۳، برنامه شیر مدرسه با همکاری وزارت آموزش و پرورش، وزارت جهاد کشاورزی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی در تمام استان های کشور، برای دانش آموزان مقطع ابتدایی اجرا شد. تداوم و گسترش برنامه شیر مدرسه در سال های آتی، ایجاد زمینه مناسب برای ترغیب صنایع به منظور تولید شیر غنی شده با ویتامین D و توزیع آن در سطح مدارس با قیمت مناسب و توسعه برنامه های آموزشی با هدف ترویج مصرف شیر، می تواند نقش مهمی در تأمین بخشی از نیازهای تغذیه ای و بهبود رشد کودکان و نوجوانان کشور، داشته باشد. کمیته ملی رکن اصلی برنامه شیر در مدرسه است که در راس آن معاونت توسعه مدیریت و پشتیبانی وزارت آموزش و پرورش، معاونت بهداشت (دفتر بهداشت محیط کار و بهبود تغذیه جامعه) و سازمان غذا و دارو در زوارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان حمایت از تولیدکنندگان و مصرف کنندگان، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان ملی استاندارد ایران می باشد. در قالب برنامه شیرمدرسه کلیه دانش آموزان مقطع ابتدایی و متوسطه ۷۰ نوبت در هر سال تحصیلی باید شیر دریافت کنند.

برنامه مکمل یاری نوجوانان

نتایج بررسی کشوری ریزمغذی ها در سال ۱۳۸۰ نشان داده است که ۳۱/۲ درصد دختران ۲۰-۱۴ ساله کشور براساس شاخص فریتین

سرم دچار کمبود آهن و در حدود ۱۸ درصد دختران، مبتلا به کم خونی هستند. به منظور پیشگیری و کنترل کم خونی فقر آهن، برنامه آهن یاری هفتگی دختران دانش آموزان سال ۱۳۸۰ ابتدا در چند دبیرستان در شهرستان ساوجبلاغ به صورت پایلوت اجرا شد و پس از ارزیابی طرح و اثربخشی آن این برنامه در سطح کشور به اجرا درآمد. در این برنامه مکمل آهن حاوی ۶۰ میلی گرم آهن المنتال یک بار در هفته و به مدت ۱۶ هفته در طول سال تحصیلی در دبیرستان های دخترانه توسط معلمان یا کارکنان دبیرستان که در دوره های آموزشی توسط کارشناسان تغذیه مراکز بهداشت استان و شهرستان شرکت کرده اند، انجام می شود. همچنین آموزش تغذیه دانش آموزان، والدین، معلمان و مراقبین سلامت مدارس توسط کارشناسان تغذیه شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت ارائه می شود. دومین بررسی ملی وضعیت ریزمغذی ها که در سال ۱۳۹۱ اجرا شده است، نشان می دهد که شیوع کم خونی در دختران ۲۰-۱۴ ساله کشور از ۱۸ درصد به ۱۲/۱ درصد کاهش یافته است. دومین بررسی ملی وضعیت ریزمغذی ها که در کودکان ۲۳-۱۵ ماهه، کودکان ۶ ساله، نوجوانان ۲۰-۱۴ ساله، بزرگسالان ۶۰-۴۵ ساله و زنان باردار ۵ ماهه و بالاتر در ۱۱ اقلیم کشور در سال ۱۳۹۱ انجام شد حاکی از آن است که کمبود ویتامین D در نوجوانان ۲۰-۱۴ ساله کشور در حدود ۷۶٪ می باشد. مطالعات پایلوت مکمل یاری مگادوز ویتامین D که در استان یزد انجام شد اثربخشی این مداخلات را بر بهبود سطح سرمی ویتامین D در دختران این گروه سنی نشان داد. بر مبنای گزارشات اثر بخشی این برنامه، مکمل یاری با ویتامین D در دوز ۵۰ هزار واحدی و ماهانه یکبار براساس توصیه کمیته مشورتی پیشگیری و کنترل کمبود ویتامین D در این گروه سنی بویژه دختران بعنوان یک راهکار کوتاه مدت به منظور کنترل مشکل در نظر گرفته شده است. با توجه به اینکه بستری اجرائی برای انجام این مداخله در حال حاضر در دبیرستان های دخترانه و پسرانه برای اجرای برنامه مکمل یاری هفتگی آهن فراهم است و این برنامه در حال حاضر در کشور جاری شده است، برای جذب کلسیم غذا به وجود ویتامین D ضروری است و چون منابع غذایی از نظر ویتامین D فقیر هستند، مطابق با دستور عمل های موجود، نوجوانان ۱۲ سال به بالاتر باید ماهیانه یک عدد قرص (پرل) ۵۰ هزار واحدی ویتامین D به مدت ۹ ماه در سال مصرف نمایند.

برنامه پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۸ سال

با توجه به روند افزایشی اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان که از عوامل خطر مهم بیماری های غیرواگیر می باشد و در سند ملی تغذیه و امنیت غذایی و سند ملی NCDs مورد تاکید قرار گرفته است، راهنمای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه و اساتید کمیته کشوری تغذیه، تدوین و در مرحله اول در ۸ دانشگاه علوم پزشکی کشور اجرا شد و از سال ۱۳۹۸ در سطح کشور به مورد اجرا گذاشته شده است. این برنامه مبتنی بر طراحی و اجرای مداخلات فرد محور از طریق پایگاه سلامت / خانه بهداشت و مراکز جامع سلامت و مداخلات جامعه محور با همکاری آموزش و پرورش، صدا و سیما استان، شهرداری، وزارت ورزش و سایر بخش های ذیربط اجرا می شود.

بهبود تغذیه جوانان و میانسالان

بسته خدمات تغذیه ای جوانان و میانسالان توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه در سال ۱۳۸۸ تدوین و در بسته سلامت این دو گروه سنی ادغام گردید. این مراقبت ها شامل توصیه های تغذیه ای و اقداماتی برای اصلاح الگوی تغذیه در جوانان و میانسالان و پیشگیری و کنترل لاغری، چاقی، دیابت، پرفشاری خون و ... در بسته سلامت گروه سنی در دو سطح غیر پزشکی و پزشک تعریف گردید. همچنین بخش تغذیه در شناسنامه سلامت دانشجویان (ابلاغیه مشترک وزارت بهداشت و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری) سال ۱۳۸۷، بحث تغذیه در بسته راهبردی بهبود سبک زندگی جوانان در سند سلامت جوانان سال ۱۳۹۳، مجموعه آموزشی تغذیه جوانان و دانشجویان در سال ۱۳۹۹ و هماهنگی با معاونت دانشجویی در ستاد و در دانشگاه های کشور جهت انتقال آموزش های تغذیه ای به مسئولین و دانشجویان در دانشگاه ها از اهم فعالیت های این برنامه است.

بهبود تغذیه سالمندان

بسته خدمات تغذیه ای سالمندان توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه در سال ۱۳۸۶ تدوین و در بسته سلامت این گروه سنی ادغام گردید. این مراقبت ها شامل توصیه های تغذیه ای و اقداماتی برای اصلاح الگوی تغذیه در سالمندان و پیشگیری و کنترل لاغری، چاقی، دیابت، پرفشاری خون و استئوپروز در بسته سلامت گروه سنی تعریف گردید.

از سوابق این برنامه، تشکیل کمیته کشوری تغذیه سالمندان در سال ۱۳۸۸، تدوین بخش تغذیه در سند ملی سلامت سالمندان در سال ۱۳۹۰، تدوین مجموعه آموزشی تغذیه سالمندان در سلامت و بیماری در دو ویرایش ۱۳۸۷ و ۱۳۹۹، همکاری با صندوق بازنشستگی کشوری و اجرای آموزش فراگیر تغذیه برای بازنشستگان کشوری تحت پوشش با همکاری ۶۳ دانشگاه علوم پزشکی کشور از سال ۱۳۹۶، طراحی هرم غذایی ویژه سالمندان با همکاری کمیته تغذیه سالمندان و اداره سلامت سالمندان دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدرس در سال ۱۳۹۸ و... از فعالیت های این برنامه می باشد.

پیشگیری و کنترل تغذیه ای بیماری های واگیر و غیرواگیر شایع در قالب برنامه تحول سلامت

حمایت تغذیه ای در بیماران مبتلا به سل

فعالیت های این برنامه عبارتند از تهیه بسته های آموزشی ویژه کارشناس تغذیه و غیرکارشناس تغذیه شامل هماهنگ کننده سل، مراقب، بهروز و پزشک، بسته اجرایی و فرایند ارائه خدمات و مراقبت های تغذیه ای به بیماران مبتلا به سل، فرم و دستورعمل تکمیل فرم ارزیابی تغذیه ای ویژه کارشناس تغذیه و غیرکارشناس تغذیه، هماهنگی جهت تامین سبد غذایی حمایتی برای بیماران مبتلا به سوء تغذیه و ناامنی غذایی، اجرای پایلوت اولیه در دانشگاه گلستان و تداوم پایلوت در دانشگاه های زابل، زاهدان و ایرانشهر می باشد. در این برنامه ارزیابی تغذیه ای بیماران مبتلا به سل و ارزیابی ناامنی غذایی و سوء تغذیه در دو سطح غیر کارشناس تغذیه و کارشناس تغذیه انجام می شود و آموزش تغذیه مناسب به بیمار و همراه ارائه می گردد. همچنین موارد ناامنی غذایی و سوء تغذیه، برای دریافت سبد غذایی حمایتی شناسایی می شوند. با موفقیت در مراحل پایلوت، برنامه به شکل کشوری با همکاری اداره سل در مرکز مدیریت بیماری های واگیر و مرکز مدیریت شبکه اجرا می شود.

تغذیه در بیماری کووید-۱۹

با شیوع ویروس کرونا و سویه های آن، پروتکل های اجرایی و آموزشی متعدد برای آموزش جامعه و پرسنل بهداشتی و درمانی در شبکه بهداشت و درمان کشور تدوین گردید. همچنین همکاری با ستاد اجرایی فرمان حضرت امام در ارائه مشاوره تلفنی به اقشار مختلف جامعه در خصوص پیشگیری و درمان کووید-۱۹ از طریق سامانه ۴۰۳۰ از فعالیت های داوطلبانه کارشناسان تغذیه مراکز در خارج از وقت اداری، در این برنامه است. مشاوره تغذیه و پیگیری بیماران در تماس های خروجی ۴۰۳۰ در شبکه بهداشتی کشور، از طریق کلیه کارشناسان تغذیه مراکز در طول مدت اپیدمی کرونا انجام گردید. ارائه خدمات و مشاوره تغذیه در طرح خانه به خانه شهید سلیمانی در فازهای مختلف و همکاری با تیم واکسیناسیون کرونا از دیگر فعالیت های حوزه تغذیه در طول مدت اپیدمی کرونا می باشد.

تغذیه در برنامه تحول سلامت

تا قبل از اجرای برنامه تحول سلامت، ارائه خدمات تغذیه ای در شبکه بهداشتی درمانی کشور بصورت ارائه توصیه های تغذیه ای براساس بسته های آموزشی تهیه شده توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه، در خانه های بهداشت توسط بهروزان پس از شناسایی افراد مبتلا به سوء تغذیه، اضافه وزن و چاقی، دیابت، بیماری های قلبی عروقی و فشار خون بالا صورت می گرفت. در واحد مشاوره تغذیه در مراکز بهداشتی، درمانی شهری در برخی از شهرستان ها نیز، رژیم درمانی و مشاوره تغذیه تخصصی افراد ارجاع شده از سطوح محیطی انجام می گردید.

از سال ۱۳۹۳ پس از اجرای برنامه تحول، با شکل گیری مراکز جامع سلامت و جذب بیش از ۱۲۰۰ کارشناس تغذیه به شکل قراردادی و پیمانی، ارائه مراقبت های تغذیه ای بصورت یکپارچه، منسجم و ساختارمند با ایجا دسترسی آحاد جامعه به خدمات تغذیه ای آغاز گردید به طوری که یک نفر کارشناس تغذیه به ازای هر ۴۰ تا ۶۰ هزار نفر جمعیت منطقه تحت پوشش در این مراکز مستقر بوده و به موارد ارجاعی از سوی مراقبین سلامت در پایگاه های مربوطه و پزشک مرکز، مراقبت های تغذیه را ارائه می دهد. در این برنامه، غربالگری و مراقبت های تغذیه ای اولیه توسط مراقب سلامت، ماما و بهروزانجام شده و ارزیابی و مراقبت های تغذیه ای تخصصی و مشاوره توسط کارشناس تغذیه ارائه می شود. مراقبین سلامت و کارشناسان تغذیه باید مطابق با دستورعمل های موجود، آموزش های لازم را قبل از شروع به کار در پایگاه ها و مراکز دریافت نموده و در دوره های بازآموزی های ضمن خدمت نیز شرکت نمایند.

برنامه تغذیه بالینی

دفتر بهبود تغذیه جامعه، به منظور بهبود وضعیت تغذیه بیماران بستری و سرپایی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و هم‌چنین سامان بخشیدن به وضعیت مراکز مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در سطح جامعه، اقداماتی به شرح زیر را از سال ۱۳۸۲ با مشارکت معاونت درمان تا سال ۱۳۹۷ انجام داده است:

- بازنگری شرح وظایف کارشناسان تغذیه در بیمارستان‌ها
 - اصلاح آئین نامه تاسیس و راه اندازی بیمارستان‌ها با منظور نمودن یک نفر کارشناس تغذیه به ازای هر ۵ تخت بستری
 - بازنگری آئین نامه تاسیس دفاتر مشاوره تغذیه و رژیم درمانی
 - برگزاری کارگاه‌های آموزشی تغذیه در بیماری‌ها در سطح دانشگاه‌های کشور
- از سال ۱۳۸۹ با شکل‌گیری اداره تغذیه بالینی در زیرمجموعه دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، دفتر بهبود تغذیه جامعه در ساماندهی تغذیه بیمارستان‌ها همکاری تنگاتنگی را با معاونت درمان شروع کرد و طی ۷ سال (از بهمن ۱۳۸۹ لغایت مهر ۱۳۹۷) موفق به ساماندهی خدمات تغذیه بالینی در بیمارستان‌های کشور در قالب دو برنامه ساماندهی و ارتقاء کیفیت خدمات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در بیمارستان‌های کشور و ساماندهی و ارتقاء کیفیت خدمات غذایی در بیمارستان‌های کشور به شرح زیر گردید:
- تعریف پست تغذیه، جذب و استقرار کارشناس تغذیه در معاونت درمان دانشگاه‌های کشور بعنوان مدیر تغذیه بالینی دانشگاه
 - تدوین و ابلاغ مجموعه فرایندهای مدیریت خدمات غذایی در بیمارستان‌های کشور
 - تدوین مجموعه انتظارات، چک لیست‌ها و شاخص‌های ارزشیابی بخش تغذیه بیمارستان‌ها و گروه تغذیه بالینی معاونت‌های درمان دانشگاه‌های کشور
 - تعریف شغل کارشناس تغذیه و رژیم درمانی بیمارستان‌ها در کتاب طبقه بندی مشاغل
 - تدوین و ابلاغ وزارتی ۳۷ راهنمای بالینی تغذیه با عنوان شناسنامه و استاندارد خدمت مشاوره تغذیه در بیماری‌ها
 - تدوین و اجرای کشوری سنج‌های اعتبار بخشی تغذیه بیمارستان‌ها
 - تدوین شرح وظایف کارشناسان تغذیه و پرسنل خدمات غذایی در بیمارستان‌ها
 - بازنگری ساختار نیروی انسانی در بخش تغذیه بیمارستان‌های کشور
 - تدوین و ابلاغ وزارتی سیاست‌های اجرایی و ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان‌های کشور
 - اجرای پروژه اولین بررسی وضعیت تغذیه در بیمارستان‌های کشور
 - تدوین چک لیست کشوری ارزیابی بخش تغذیه بیمارستان‌های کشور در برنامه تحول
 - تدوین و ابلاغ فرم و دستورعمل ارزیابی اولیه، تخصصی و پیگیری تغذیه بزرگسالان جهت درج در پرونده بزرگسالان بستری در بیمارستان‌های کشور
 - تدوین و ابلاغ فرم و دستورعمل ارزیابی اولیه، تخصصی و پیگیری تغذیه کودکان و نوجوانان جهت درج در پرونده کودکان و نوجوانان بستری در بیمارستان‌های کشور
 - تهیه و تدوین شرح وظایف کارشناسان تغذیه در بیمارستان‌های کشور
 - تدوین پانل مدیریتی ارزیابی شاخص‌های عملکرد معاونت‌های درمان دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های کشور در بخش تغذیه
 - تدوین دستورالعمل تغذیه بیماران بستری در بیمارستان در شرایط بحران و بلایا
 - تدوین سند مدیریت اطلاعات گروه تغذیه بالینی در HIS بیمارستان‌های کشور
 - برگزاری دو دوره پانل تخصصی تغذیه در کنگره تخصصی بین‌المللی ساخت بیمارستان و مدیریت منابع و تجهیزات
 - برگزاری دوازده دوره نشست کشوری برای مدیران گروه تغذیه معاونت‌های درمان دانشگاه‌های کشور
 - برگزاری کارگاه‌های متعدد کشوری بروش آموزش آبخاری با موضوعات تغذیه در NICU، ICU، سوختگی، بیماری‌های کلیوی، دیابت، سرطان، تفسیر یافته‌های آزمایشگاهی، طراحی و تجهیز آشپزخانه بیمارستان‌ها، مدیریت خدمات غذایی در بیمارستان و... از سطح مدیران تغذیه معاونت‌های درمان دانشگاه‌ها تا مشاورین تغذیه در بیمارستان‌های کشور

امنیت غذا و تغذیه در دانشگاه‌های علوم پزشکی (با تاکید بر ۸ استان کم برخوردار)

برنامه‌های امنیت غذا و تغذیه در استان‌های کم برخوردار

با توجه به نقشه نامنی غذایی کشور، تدوین برنامه عملیاتی بهبود تغذیه و امنیت غذایی در استان‌های کم برخوردار (سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد، خوزستان، کرمان، ایلام، بوشهر و هرمزگان) در اولویت قرار گرفته است. این برنامه با محوریت استاندار و تشکیل ۶ کمیته (سلامت، تولید غذای سالم، دسترسی فیزیکی به غذای سالم، توانمندسازی جوامع محلی، کمیته ارتقای فرهنگ و سواد و حمایت تغذیه‌ای) تشکیل و از طریق کارگروه تخصصی امنیت غذا و تغذیه که در استانداری تشکیل و برنامه‌های بهبود وضعیت امنیت غذا و تغذیه توسط کارشناس مسئول تغذیه استان پیگیری می‌شود.

استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی در سایر استان‌ها

در راستای استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی در دانشگاه‌های سراسر کشور، پس از ارسال سند و طی مکاتبه وزیر وقت در سال ۱۳۹۲ با روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، اجرای سند در دستور کار هیئت امنای دانشگاه‌ها قرار گرفته و مصوب شد. در این راستا، جلسات متعددی با کلیه ذینفعان استانی تشکیل و برنامه عملیاتی امنیت غذا و تغذیه دانشگاه تدوین شد که در کارگروه تخصصی امنیت غذا و تغذیه استان به تصویب رسید و در دست اجراست.

برنامه ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه

ناآگاهی‌های تغذیه‌ای افراد جامعه از عوامل موثر در بروز ناامنی غذایی و سوء تغذیه به صورت کم خوری، بیش خوری و ناترازی‌های تغذیه‌ای در کشور است. زندگی ماشینی، تغییر الگوی مصرف غذایی و گرایش به سمت مصرف فست فودها و غذاهای غیرخانگی را به دنبال داشته است که یکی از عوامل عمده در روند رو به گسترش بیماری‌های غیرواگیر در کشور است. در کشور ما شیوع چاقی، اضافه وزن و بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، سکته‌های قلبی و مغزی، دیابت، انواع سرطان، بیماری‌های استخوانی روند رو به گسترش و هشدار دهنده‌ای را طی می‌کند که یکی از علل عمده آن تغییر الگوی مصرف غذایی، مصرف غذاهای چرب و سرخ شده، مصرف زیاد نمک، مواد قندی و مصرف ناکافی سبزی‌ها و میوه‌ها می‌باشد.

این برنامه با هدف اصلاح و ترویج الگوی غذایی صحیح، کاهش مصرف قند، نمک و چربی، افزایش مصرف سبزی‌ها و میوه‌ها، افزایش مصرف حبوبات، نان و غلات سبوس دار و شیر و لبنیات، پیشگیری و کنترل چاقی، معرفی هرم غذایی ایران و رهنمودهای غذایی و سایر موضوعات براساس اولویت‌ها اجرا می‌شود. آموزش‌های فردی و گروهی بطور مستمر توسط کارشناسان تغذیه به اشکال مختلف (حضوری و مجازی) و آموزش‌های همگامی تغذیه در قالب برگزاری بسیج‌های آموزشی سالانه با مشارکت ذینفعان از جمله آموزش و پرورش، صدا و سیما و شهرداری در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور برگزار می‌شود. در قالب این بسیج ملی، تهیه و پخش تیزرهای آموزشی از تلویزیون ملی و استانی، همایش‌های علمی، جشنواره‌های غذای سالم، مسابقات نقاشی و مقاله نویسی در مدارس سطح کشور و برنامه‌های نمادین در سطح پارک‌ها، مشاوره تغذیه توسط کارشناسان تغذیه و برگزاری کلاس‌های آموزشی گروهی در واحدهای بهداشتی درمانی اجرا می‌شود.

راهبردهای اصلی این برنامه عبارتند از:

- ظرفیت‌سازی و توانمندسازی جامعه از طریق آموزش و اطلاع‌رسانی
- توسعه ارتباطات چند بخشی جهت آموزش همگانی و اصلاح الگوی تغذیه جامعه
- آموزش کارکنان بین بخشی و درون بخشی

فعالیت‌های عمده در منطقه تحت پوشش شامل موارد زیر است:

- آموزش جامعه در خصوص هرم غذایی، گروه‌های غذایی اصلی و جایگزین‌ها، کاهش مصرف قند، نمک، چربی و روغن، افزایش مصرف سبزی‌ها و میوه‌ها، افزایش مصرف شیر و مواد لبنی، افزایش مصرف حبوبات و اهمیت توجه به برچسب تغذیه‌ای محصولات غذایی

- آموزش افراد در منطقه تحت پوشش بویژه زنان و مادران به صورت چهره به چهره و کلاس های گروهی
- آموزش و بازآموزی کارکنان سطح محیطی از جمله کاردان ها و مراقبین سلامت در زمینه تغذیه
- جلب همکاری سایر بخش ها از جمله مسئولین آموزش و پرورش، بهزیستی، شهرداری، پایگاه های بسیج مقاومت و..
- آموزش کارکنان سایر بخش ها از جمله آموزش مدیران و معلمین و مراقبین بهداشت مدارس، دانش آموزان و اولیاء آنها، مسئولین و مربیان مهد های کودک
- برگزاری جشنواره های غذای سالم با هدف ترویج مصرف غذاهای بومی و ارتقاء کیفیت تغذیه ای آنها با همکاری بخش های مرتبط

بهبود تغذیه در مراکز جمعی

با توجه به اینکه بخش قابل توجهی از جمعیت فعال کشور، حداقل یک وعده غذای روزانه را در خارج از منزل صرف می کنند، برنامه ریزی در جهت بهبود وضعیت تغذیه در مراکز جمعی عرضه و توزیع غذا از جمله سلف سرویس ها و رستوران های ادارات دولتی و خصوصی، سربازخانه ها، دانشگاه ها، مدارس شبانه روزی، مهد کودک ها و آسایشگاه های سالمندان، به منظور حصول اطمینان از توزیع و عرضه غذاهای سالم و با ارزش غذایی، حائز اهمیت است. هدف از اجرای این برنامه اصلاح الگوی مصرف غذایی در مراکز جمعی، بهبود کیفیت غذای عرضه شده در مراکز جمعی و ارتقاء آگاهی و عملکرد تغذیه ای کارکنان در مراکز جمعی است.

برگزاری کلاس های آموزشی برای کارکنان و مسئولین طبخ و عرضه غذا در زمینه اصول تغذیه صحیح، هرم غذایی، گروه های غذایی و جایگزین های آنها و ارزش تغذیه ای هریک، اهمیت کاهش قند، نمک و چربی در غذاهای تهیه شده برای مشتریان به منظور پیشگیری از اضافه وزن و چاقی، دیابت و بیماری های قلبی عروقی با استفاده از دستورعمل بهبود تغذیه کارکنان در محیط کار از جمله وظایف کارشناسان تغذیه است. پایش و نظارت بر اجرای دستورعمل تغذیه در مراکز جمعی با همکاری بازرسی بهداشت محیط در منطقه تحت پوشش باید انجام شود. سایر اقداماتی که کارشناس تغذیه مراکز جامع سلامت در منطقه تحت پوشش باید انجام دهد:

در مراکز عرضه و فروش مواد غذایی

کارشناس تغذیه لازم است از وضعیت عرضه مواد غذایی در منطقه تحت پوشش اطلاع داشته باشد. بدین منظور تعامل با کارشناس سلامت محیط و دریافت گزارشات وضعیت عرضه نمک یددار تصفیه شده در مراکز عرضه و فروش حائز اهمیت است. هم چنین برگزاری جلسات آموزشی برای اصناف بویژه فروشندگان مواد غذایی در زمینه عرضه مواد غذایی سالم (نمک یددار تصفیه شده، روغن مایع، شیر و لبنیات کم چرب و...) در زمره وظایف کارشناس تغذیه قرار دارد.

در نانوائی ها

برگزاری جلسات آموزشی برای نانوائیان، تعامل با بازرسی بهداشت محیط، اطلاع از وضعیت استفاده از نمک تصفیه شده، حذف جوش شیرین، حذف بلانکیت (جوهر قند)، استفاده از آرد غنی شده با آهن و اسید فولیک در نانوائی های لواش، تافتون و بربری، کنترل برجسب کیسه های آرد در نانوائی از نظر درج عبارت آرد غنی شده با آهن و اسید فولیک، اجرای استاندارد نمک در نان (کمتر از ۱ درصد) و وضعیت نان ها از نظر میزان نمک از مواردی است که کارشناس تغذیه باید از آن مطلع باشد.

در رستوران ها و اغذیه فروشی ها

کارشناس تغذیه باید ضمن تعامل و هماهنگی با بازرسی بهداشت محیط از رستوران ها و اغذیه فروشی ها در منطقه تحت پوشش بازدید نموده و کیفیت غذاهای عرضه شده را مطابق با دستورعمل «کنترل سلامت غذا و تعادل ترکیب غذا از نظر کیفیت تغذیه ای» را با استفاده از چک لیست های موجود کنترل کند. برگزاری جلسات آموزشی برای رستوران داران و اغذیه فروشی ها در زمینه تغذیه صحیح نیز از جمله وظایف کارشناس تغذیه مرکز سلامت جامعه می باشد.

برنامه بهبود تغذیه در جامعه طلاب

این برنامه با هدف اصلاح الگوی غذایی خانوارهای کشور با همکاری مشترک دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت سلامت و دفتر خدمات آموزشی حوزه های علمیه، برنامه آموزش طلاب و خانواده های آنها را اجرا می کند.

هدف این است که از ظرفیت طلاب و روحانیون برای آموزش تغذیه جامعه استفاده شود.

برنامه بهبود تغذیه در جامعه زنان روستایی و عشایر

این برنامه با همکاری دفتر توسعه فعالیت های کشاورزی زنان روستایی و عشایر وزارت جهاد کشاورزی با رویکرد چند گانه آموزش تغذیه سالم، ایجاد باغچه های خانگی سبزیجات و تولید سالم اجرا می شود.

برنامه بهبود تغذیه کارکنان دولت

افرادی که تغذیه آنان بنا بر دلایلی به طور موقت یا طولانی مدت در مکان های عمومی صورت می گیرد، بخش عمده ای از جامعه را تشکیل می دهند که عمدتاً در گروه جمعیت در معرض خطر بیماری های غیر واگیر مرتبط با تغذیه قرار دارند و توجه به کیفیت رژیم غذایی آن ها در محیط های کار، حائز اهمیت است. در هر یک از اماکن فوق با توجه به گروه هدف، باید نیازهای اساسی تغذیه ای برآورد و استانداردهای تغذیه ای مورد نظر در برنامه غذایی کارکنان اجرا گردد. دستورالعمل تغذیه در مراکز عمومی، مشتمل بر نکاتی برای بهبود کیفیت غذا، علاوه بر موارد مربوط به ایمنی غذا و بهداشت محیط غذا خوری ها، در سال ۱۳۸۷، تدوین و به تمام وزارتخانه ها و سازمان ها، جهت اجرا، ابلاغ گردید. همچنین ضوابط خدمات غذایی و تغذیه ای آشپزخانه و رستوران وزارت بهداشت و منوی غذایی ویژه کارکنان وزارت بهداشت بعنوان الگو، در سال ۱۳۹۶ تدوین گردید. پایش و نظارت بر اجرای درست این دستورالعمل، آموزش کارکنان بخش های مختلف به ویژه افرادی که در تهیه و توزیع غذا درگیر هستند، حائز اهمیت است.

بهبود کیفیت تغذیه ای در صنعت غذا

همسوئی صنایع غذایی با اهداف سلامت تغذیه ای جامعه در سطح جهانی مورد توجه قرار گرفته است و در آخرین اجلاس جهانی بهداشت در ژنو در سال ۲۰۰۴، بعنوان یکی از استراتژی های عمده جهانی برای کاهش بیماری های متابولیک و حفظ سلامت تغذیه ای مردم کشورها تاکید شده است. جلب همکاری صنایع غذایی برای بهبود کیفیت روغن های خوراکی با کاهش میزان اسیدهای چرب اشباع و ترانس، افزایش تولید روغن های مایع با کیفیت مطلوب، تولید شیرو مواد لبنی کم چربی و بدون چربی و تولید محصولات غذایی با میزان کمتر نمک، روغن و مواد قندی برای پیشگیری از بیماری های غیر واگیر از جمله دیابت، انواع سرطان ها و قلبی عروقی حائز اهمیت است. فعالیت های عمده در این برنامه آموزش جامعه و حساس سازی صاحبان صنایع غذایی و ترغیب آنها برای تولید و عرضه محصولات غذایی سلامت محور از طریق اصلاح استانداردهای مواد غذایی با هدف کاهش مقدار نمک، چربی و شکر در محصولات، با همکاری دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، موسسه استاندارد، سازمان غذا و دارو و صاحبان صنایع غذایی کشور است.

برنامه مدیریت تغذیه در بحران

بلاای طبیعی چون زلزله، آتشفشان، سونامی، سیل، خشکسالی، طوفان، آفت ها و بیماری ها، آتش سوزی، یخچال ها، بهمن، لغزش زمین و... هر ساله باعث مرگ ۲۵۰۰۰۰ نفر در دنیا می شوند. متأسفانه کشور ما از جمله کشورهای آسیب پذیر بوده و یکی از بالاترین درصد های رخداد بلاای طبیعی را به خود اختصاص داده است.

سازمان های متولی تهیه و توزیع مواد غذایی مردم در شرایط بحران درایران باید با توجه به بحران های طبیعی و غیر طبیعی نیازهای غذایی جمعیت آسیب پذیر تغذیه ای (کودکان زیر ۶ سال، مادران باردار و شیرده، سالمندان و معلولین) را تأمین کنند و در صورت عدم تأمین به موقع نیازها، سوء تغذیه ناشی از کمبود دریافت انرژی، پروتئین و ریزمغذی ها (ویتامین ها و املاح) از مهم ترین چالش های فراروی دست اندرکاران بهداشتی در بحران ها خواهد بود. یکی از برنامه های عمده دفتر بهبود تغذیه جامعه تدوین استانداردهای تغذیه ای برای گروه های مختلف جامعه در شرایط بحران، توانمند سازی بخش های مسئول تغذیه در بحران ها و ارتقاء کیفیت خدمات تغذیه ای در بحران ها می باشد. کتاب راهنمای ملی مدیریت تغذیه در بحران ویژه کارشناسان تغذیه شاغل در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی تهیه و بر اساس دستورعمل ها و آموزش ها در سطح ملی و استانی پایه ریزی شده است.

پیشگیری و کنترل کمبود ریزمغذی ها

کمبود ریزمغذی ها از مشکلات تغذیه ای شایع در کشور است. با توجه به نتایج دومین بررسی ملی وضعیت ریزمغذی ها، کم خونی، کمبود آهن، کمبود روی، کمبود ویتامین A و ویتامین D در گروه های سنی مختلف در کشور وجود دارد. نتایج دو بررسی ملی انجام شده در کشور نشان می دهد که در طی یک دهه شیوع کم خونی و کمبود آهن در همه گروه های سنی بطور قابل ملاحظه ای کاهش یافته است. در حالی که کمبود ویتامین A و ویتامین D در زنان باردار و کودکان زیر ۲ سال افزایش یافته است. هم چنین کمبود ویتامین D در سایر گروه های سنی از شیوع بالایی برخوردار است.

کمبود ید و شیوع گواتر نیز از مشکلات عمده بوده است. اجرای برنامه پیشگیری و کنترل کمبود ید و بیدار کردن نمکهای خوراکی طی سالیان گذشته موجب کاهش شیوع گواتر از ۶۸٪ به ۶/۵ درصد شده است. مهمترین وظایف کارشناسان تغذیه آموزش جامعه در زمینه منابع غذایی ریزمغذی ها، اهمیت مصرف مکمل ها براساس دستورعمل های موجود، پایش و نظارت بر تامین مکمل های مورد نیاز می باشد.

برنامه کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید (IDD)

ید دار کردن نمک های خوراکی بعنوان بهترین راه پیشگیری و کنترل کمبود ید از سال ۱۳۷۰ در کشور آغاز شده است. براساس مقررات، کلیه کارخانه های تولی کننده نمک موظفند با افزودن ۴۰ گاما ید، نمک های مصرفی خانوار را یددار کنند. براساس دستورعمل اجرایی پایش برنامه IDD که با نامه مشترک معاون بهداشت و معاون غذا و دارو به دانشگاه های علوم پزشکی کشور ارسال شده است لازم است پایش نمک های یددار در سه سطح تولید، عرضه و مصرف انجام شود.

آموزش همگانی در خصوص عدم مصرف نمک های غیراستاندارد از جمله نمک دریا که فاقد ید کافی است و ناخالصی های زیاد از جمله فلزات سنگین دارد، اهمیت مصرف مکمل ید توسط مادران در دوره قبل از بارداری و در طی بارداری مطابق با دستورعمل ها توسط کارکنان بهداشتی و کارشناسان تغذیه حائز اهمیت است.

در برنامه IDD یکی از اقدامات مهمی که باید انجام شود، تامین و تدارک کیت ید سنج به منظور کنترل میزان ید در نمک های مصرفی است. براساس دستورعمل موجود، بهورزان نمک های مصرفی در سطح خانوار و مدارس روستایی را توسط کیت یدسنج مورد ارزیابی قرار می دهند و نتایج آن در فایل پرونده خانوار و زیج حیاتی ثبت می شود. در مورد خانوارهایی که نمک مصرفی آنها از نوع غیر یددار است، لازم است آموزش های لازم توسط کارکنان بهداشتی ارائه شود. کنترل نمک های خوراکی در سطح تولید، عرضه و در سطح مصرف خانوار، مراکز تغذیه جمعی و رستوران ها با استفاده از کیت ید سنج یکی دیگر از فعالیت های مهم در پایش برنامه است.

پایش میزان ید ادرار در کشور

مطلوب ترین روش پایش برنامه اطمینان از کفایت دریافت ید از طریق رژیم غذایی، اندازه گیری ید ادرار نمونه قابل قبولی از دانش آموزان ۱۰-۸ ساله است که می تواند کفایت دریافت ید در آن منطقه را نشان دهد. این برنامه در قالب بررسی های مقطعی ۳ تا ۵ ساله اجرا می شود. اگر میانه ید ادرار دانش آموزان ۲۰-۱۰ میکروگرم در دسی لیتر باشد به معنی کفایت دریافت ید در جمعیت منطقه است. میانه ید ادرار بالاتر از ۳۰ میکروگرم در دسی لیتر نشانه بالابودن دریافت ید است که می تواند منجر به پرکاری تیروئید شود.

به منظور کنترل کیفیت و همچنین مصرف نمک یددار تصفیه شده در سطح کشور دانشگاه ها باید بدین شرح اقدام نمایند:

۱. تشکیل کمیته دانشگاهی برنامه IDD با ریاست معاون بهداشتی و دبیری کارشناس مسئول تغذیه معاونت بهداشتی
 ۲. نظارت در سطح تولید بر عهده کارشناسان اداره نظارت بر مواد خوراکی است که ضمن نظارت مستمر بر کارخانجات تولید کننده نمک یددار تصفیه شده اقدام به نمونه برداری و در صورت مغایرت پاسخ آزمایشگاه با معیارهای ملی با واحد موبوطه برخوردهای قانونی خواهند نمود.

۳. نظارت در سطح توزیع شامل فروشگاه های عرضه نمک یددار تصفیه شده که مسئولیت پایش و نمونه برداری از نمک های موجود در این مراکز به عهده کارشناس یا کاردان بهداشت محیط می باشد که در صورت مغایرت پاسخ آزمایشگاه با معیارهای ملی با واحد موبوطه برخوردهای قانونی خواهند نمود. همچنین نظارت بر نمک های مصرفی اماکن و مراکز عرضه مواد غذایی (رستوران، اغذیه فروشی، سربازخانه، کارخانه یا کارگاه، بوفه مدارس، زندان، آسایشگاه ها، سلف سرویس ادارات و...) به عهده بازرسین بهداشت

محیط می باشد که با استفاده از کیت ید سنج صورت می گیرد.

۴. پایش نمک های خوراکی مصرفی خانوار (روستایی) توسط بهورزرهساله در زمان سرشماری و توسط کیت یدسنج انجام و پوشش مصرفی نمک یددار روستا در زیج حیاتی درج می شود.

۵. مسئولیت انجام ید سنجی با کیت ید سنج در مدارس روستایی به عهده بهورزمی باشد.

برنامه پیشگیری و کنترل کمبود آهن

مهمترین اقدامات در این برنامه آموزش جامعه بویژه مادران باردار و شیرده، دختران سنین بلوغ در خصوص اهمیت مصرف مکمل آهن براساس دستورعمل های موجود، نحوه صحیح مصرف و مقدار مکمل، آموزش تغذیه و معرفی منابع غذایی آهن دار، افزایش دهنده ها و کاهش دهنده های جذب آهن در برنامه غذایی و اهمیت دادن قطره آهن به کودک زیر ۲ سال مطابق با دستورعمل و پیامدها و عوارض ناشی از کمبود آهن و کم خونی است که در فصل مربوطه شرح داده شده است.

برنامه ملی غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک

غنی سازی آرد با آهن اسید فولیک بعنوان یک استراتژی ارزان، موثر و قابل اجرا از سال ۱۳۸۰ در استان بوشهر آغاز و بتدریج در سایر استان ها اجرا شد. برنامه ملی غنی سازی آرد در سال ۱۳۸۶ تدوین و در سطح کشور به مورد اجرا گذاشته شده است. آموزش مردم در زمینه فواید مصرف نان غنی شده با آهن و اسید فولیک، کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن و پیشگیری از آن با مصرف نان غنی شده توسط کارکنان بهداشتی و کارشناسان تغذیه به طرق مختلف باید انجام شود.

در این برنامه نان های تافتون، لواش و بربری با آهن و اسید فولیک غنی می شود. نان سنگک بدلیل دارا بودن سبوس بیشتر و در نتیجه آهن بیشتر غنی نمی شود. آرد غنی شده باید در کیسه های آرد که برچسب غنی شده با آهن و اسید فولیک دارند به نانوائی ها توزیع شود. در برنامه غنی سازی آرد انواع نان های باگت و ساندویچی غنی نمی شوند. مهمترین اقداماتی که در این برنامه باید انجام شود عبارتند از:

- **پایش آرد غنی شده در سطح کارخانجات تولید کننده آرد:** در آزمایشگاه کارخانه آرد براساس دستور عمل موجود لازم است هرروز از خط تولید نمونه آرد بطور تصادفی انتخاب و به روش spot test آزمایش شود. در این روش با افزودن یک قطره از محلول استاندارد به نمونه آرد و تغییر رنگ آرد می توان غنی سازی آرد را در کارخانه پایش نمود. هم چنین کارشناسان اداره نظارت بر مواد غذایی طی بازدیدهای دوره ای از کارخانه، نمونه های تصادفی آرد را جمع اوری و به آزمایشگاه مواد غذایی استان ارسال می کنند. در آزمایشگاه با روش اسپکتروفتومتری میزان آهن در آرد اندازه گیری می شود. در مورد نمونه هایی که میزان آهن آنها در حد مطلوب نیست، اقدامات قانونی براساس دستور عمل موجود انجام می شود. کارشناسان تغذیه باید با هماهنگی معاونت غذا و دارو استان از وضعیت اجرای برنامه غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک در استان مطلع باشند.
- **پایش آرد غنی شده در سطح نانوائی ها:** بازرسی بهداشت محیط باید برچسب کیسه های آرد را کنترل نمایند. در تمام نانوائی های تافتون، لواش و بربری براساس دستور عمل غنی سازی آرد، در سطح کشور باید از آرد غنی شده با آهن و اسید فولیک استفاده شود.

پیشگیری و کنترل کمبود ویتامین A و D

شواهد موجود در کشور حاکی از شیوع کمبود ویتامین A در مادران باردار و کودکان زیر ۲ سال است. هم چنین نتایج بررسی مصرف غذایی خانوارهای شهری و روستای کشور حاکی از کمبود دریافت ویتامین A از برنامه غذایی روزانه است. اقداماتی که برای پیشگیری و کنترل کمبود ویتامین A در کشور انجام می شود شامل پایش و نظارت بر اجرای برنامه های زیر است:

- مکمل یاری روزانه برای کلیه کودکان، آموزش و مشاوره با مادر در زمینه منابع غذایی ویتامین A و مقدار و نحوه مصرف مکمل و زمان شروع و دوره استفاده از آن
- پایش و نظارت بر اجرای برنامه مکمل یاری ویتامین D و آهن یاری هفتگی دختران دبیرستانی طبق دستور عمل ها
- آموزش مدیران و معلمان، دانش آموزان و اولیاء آنها در زمینه کمبود ویتامین D و راه های پیشگیری از آن توسط کارشناسان تغذیه

- پایش و نظارت بر اجرای برنامه مکمل یاری ویتامین D مادران باردار، جوانان، میانسالان و سالمندان طبق دستورعمل ها

دستورعمل های کشوری دفتر بهبود تغذیه جامعه

- دستورعمل آهن یاری مادران باردار و شیرده، کودکان زیر ۲ سال و اختران نوجوان
- دستورعمل اجرایی پایش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید (IDD)
- دستورعمل اجرایی برنامه مشارکتی بهبود تغذیه کودکان
- دستورعمل حمایت تغذیه ای از زنان باردار مبتلا به سوء تغذیه در خانواده های نیازمند
- مجموعه دستورعمل های اجرایی و بسته آموزشی مدیریت تغذیه در بحران
- دستورعمل بهداشتی پایگاه تغذیه سالم و تعاونی های مدارس
- دستورعمل وزن گیری دوران بارداری
- دستورعمل مکمل یاری ویتامین D برای مادران باردار و گروه های سنی مختلف
- دستورعمل مکمل یاری ید مادران باردار
- دستورعمل استقرار سند ملی تغذیه و امنیت غذایی
- دستورعمل بسته باغ (برنامه امنیت غذایی) مشترک با سازمان های بین بخشی
- دستورعمل برنامه شیر مدرسه
- دستورعمل پایش برنامه غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک
- دستورعمل و فرم ارزیابی تغذیه ای بیماران مبتلا به سل

منابع

1. Behzadifar M, Behzadifar M, Abdi S, Arab Salmani M, Ghoreishinia G, Falahi E, Mirzaei M, Shams Biranvand N, Sayehmir K. Prevalence of Food Insecurity in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. Prevalence of Food Insecurity in Iran. 2016.
2. Mohammadi-Nasrabadi F, Omidvar N, Khoshfetrat MR, Kolahdooz F. Household food insecurity in the Islamic Republic of Iran: a systematic review and meta-analysis. East Mediterr Health J. 2014 12 17;20(11):698-706. PMID:25601808 .
3. World food program, 2019 - Hunger Map. Jan 2019. Available on: <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP/>.
4. قاسمی، ح. طرح مابا (مطالعات الگوی برنامه ریزی و اجرا) گزارش نهایی طرح امنیت غذا و تغذیه کشور. ۱۳۷۷.
5. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر بهبود تغذیه جامعه. گزارش پژوهش سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه (سمپات)، ۱۳۹۰.
6. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر بهبود تغذیه جامعه. گزارش پایانی بررسی ملی وضعیت ریزمغذی های کشور. ۱۳۸۰ و ۱۳۹۰.
7. معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فارس. گزارش طرح الگو سازی امنیت غذا و تغذیه در استان فارس. ۱۳۷۹.
8. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر بهبود تغذیه جامعه و دماری. ب. گزارش نهایی طرح بررسی، تحلیل و تدوین سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور. ۱۳۹۳.
9. گزارش پایش های ملی برنامه IDD، شیوع گواتر و وضعیت یدادرار دانش آموزان، دفتر بهبود تغذیه جامعه و پژوهشگاه علوم متابولیسم و غدد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۹۵.
10. کتاب راهنمای ملی مدیریت تغذیه در بحران و برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا. EOP. فصل هفتم. بخش تغذیه. زمستان ۱۳۹۰