



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی
معاونت امور بهداشتی

سند تغذیه و امنیت غذایی استان آذربایجان غربی



تالیف:

دکتر رسول انتظارمهدی

دکتر سکینه نوری سعیدلو

فریا بابایی



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سند تغذیه و امنیت غذایی استان آذربایجان غربی

مولفین:

دکتر رسول انتظارمهدی

دکتر سگینه نوری سعیدلو

فریبا بابایی

صفحه آرای: لیلا دانا

طرح روی جلد: مهندس حامد مجرد

۱۳۹۳

در فرآیند تدوین سند حاضر، پیشنهادات و نکته نظرات اساتید و صاحب نظران دانشگاهی، مدیران و کارشناسان اجرایی نظام سلامت در سطوح مختلف راهگشای مولفین بود. بدینوسیله از این بزرگواران صمیمانه تشکر و قدردانی مینماید.

دکتر جواد خشابى ، دکتر شاکر سالارى لک ، دکتر عبدالمجید حمیصی

دکتر سعید قوام زاده ، دکتر سید مهدی رضوی روحانی و دکتر علی میرزا آقازاده

فهرست مطالب

کلمات اختصاری.....	۵
مقدمه.....	۶
خلاصه اجرایی.....	۸
اهمیت موضوع.....	۱۰
نیم رخ امنیت غذا و تغذیه در جهان.....	۱۵
مجامع بین المللی و امنیت غذا و تغذیه.....	۱۷
امنیت غذایی از نگاه جامعه جهانی.....	۱۸
ایمنی غذایی.....	۲۰
امنیت تغذیه ای.....	۲۷
گسترش شهرنشینی و تغذیه.....	۳۴
گذر اپیدمیولوژیک و تغذیه.....	۳۷
سه چالش مهم غذایی- تغذیه ای از نظر بانک جهانی.....	۴۲
امنیت غذایی؛ هدف توسعه هزاره سوم.....	۴۴
وضعیت مولفه های غذایی و تغذیه ای در منطقه مدیترانه شرقی.....	۴۵
نگاهی گذرا به وضعیت غذا و تغذیه در ایران.....	۵۰
پیشینه مدیریت بهبود تغذیه جامعه در ایران.....	۵۸
تحلیل ذینفعان امنیت غذایی و تغذیه ای کشور.....	۵۹
نقشه امنیت غذا و تغذیه کشور.....	۷۶
مروری بر مطالعه تعیین سبد غذایی مطلوب.....	۸۹
نقشه امنیت غذایی و وضع تغذیه استان آذربایجان غربی.....	۱۰۱
خلاصه.....	۱۲۱
چالش های تغذیه و امنیت غذایی کشور و استان.....	۱۲۸
چشم انداز.....	۱۳۲
روند استقرار سند استانی تغذیه و امنیت غذایی.....	۱۳۶
منابع.....	۱۴۰
پیوست ها.....	۱۴۸

ANIS	Anthropometric Nutritional Indicators Survey
BMI	Body Mass Index
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FBD	Food Born Disease
FNS	Food and Nutrition Security
GEMS	Government Employees Medical Scheme
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Point
HVS	Hemolytic Uremic Syndrom
IDD	Iodine Deficiency Disorder
IrMIDHS	I.R.iran Multiple-Indicator Demographic and Health Survey
LBW	Low Birth Weight
MDGs	Millennium Development Goal
MRA	Microbiol Risk Assessemnt
NGO	Non-Governmental Organization
WFP	World Food Programme
WHO	World Health Organization

یکی از مهمترین زمینه های مورد توافق جهانی اجماع در حق تامین دسترسی هر زن، مرد و کودک به غذا و تامین زیر ساخت های لازم جهت ریشه کنی فقر و گرسنگی و بهبود وضعیت تغذیه ای است (اعلامیه جهانی ریو ۲۰). هرچند در سالهای اخیر کشورهای جهان در نشست های مختلف اجتماعی- اقتصادی خود را متعهد و مقید به اجرای تعهدات بین المللی (اعلامیه جهانی حقوق بشر، اهداف هزاره سوم، اعلامیه های ریو و...) نموده و مینمایند، ولی ارزشهای دینی و ملی حاکم بر جمهوری اسلامی ایران که از جمله در قانون اساسی کشورمان متجلی گردیده و منبعث از اصول اساسی دین مبین اسلام و سیره ائمه اطهار(ع) میباشد، کشورمان را از بسیاری جهات متعالی تر از این تعهدات قرار داده است. شناخت دقیق وضعیت امنیت غذا و تغذیه (FNS) در سطح ملی و استانی برای برنامه ریزی توسعه پایدار اجتماعی و اقتصادی ضروری است. طی دهه های اخیر مطالعات علمی وسیعی در مورد وضعیت تغذیه و بررسی روند تغییرات آن، علل بروز و عواقب ناشی از این تغییرات و همچنین شناخت راهکارهای موثر برای مقابله با ناامنی غذا و تغذیه در کشورمان صورت گرفته است.

آنچه که امروزه در محور برنامه ها مورد توجه است، هدایت راهکارها به سمت مداخلات پایدار برای جوامع آسیب پذیر است. در این ارتباط، به کارگیری علم روز و تعهد سیاسی دو عامل کلیدی برای پیاده سازی برنامه های امنیت غذا و تغذیه هستند. در عین حال، پایداری برنامه ها منوط به مقبولیت آنها توسط مردم است. تنها با اتکا به این عوامل است که امنیت غذا و تغذیه مفهوم پیدا میکند. امنیت تغذیه و غذا که امروزه یکی از دغدغه های اصلی و روزمره

کشورهای جهان است نیازمند رویکردی ادغام یافته و جامع است که تحت حاکمیت دولت به معنای اعم آن و مشارکت مردم امکان پذیر می باشد. روند رو به گسترش توسعه کشور، رشد جمعیت، منابع محدود در ابعاد مختلف، تغییر در شیوه زندگی مردم و..... ایجاب مینماید رویکرد مذکور با اهتمام همه جانبه و مسئولانه دستگاههای موثر مورد اقدام قرار گیرد.

سند حاضر، تصویری نسبتاً جامع از وضعیت استان را از نظر امنیت غذا و تغذیه در اختیار تصمیم گیران قرار میدهد که با انجام ارزیابی های بین المللی، منطقه ای، ملی و استانی بهبود فرآیند تدوین سیاست ها، انتخاب استراتژی ها، تقویت مدیریت برنامه ها، طراحی موثر و هدفمند برنامه های مداخله ای و افزایش تعاملات بین بخشی را در پی خواهد داشت. بدیهی است لازمه پیاده سازی مفاد سند تاکید بر نقش تولیتی نظام سلامت، تقویت ساز و کار بین بخشی، مسئولیت پذیری و پاسخگویی، بازنگری طرحهای اجرایی و سیاستهای بخشی غذایی و تغذیه ای و اولویت بندی استقرار اقدامات برنامه ای و راه اندازی نظام مراقبتی با تامین منابع مورد نیاز میباشد. لازم میداند از اهتمام ویژه همکاران محترم معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و متخصصین و اساتید محترم دانشگاهی در تهیه و تدوین سند حاضر صمیمانه سپاسگزاری نمایم. امیدوارم با هماهنگی و یکپارچگی سیاست ها، برنامه ها و اقدامات مکمل دستگاه های مسئول گام های موثری برای مقابله با ناامنی غذا و تامین امنیت تغذیه استان برداریم.

دکتر آقازاده

**قائم مقام وزیر در استان و رئیس دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی اذربایجان غربی**

خلاصه اجرایی:

تدوین سند تغذیه و امنیت غذایی استان آذربایجان غربی بیش از یکسال به طول انجامید. در این سند به بررسی متون و اسناد مرتبط از جمله گزارشات سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه در ایران (سمپات)، سند ملی تغذیه و امنیت غذایی، همچنین اطلاعات و تجربیات موفق سایر کشورها در خصوص برنامه های امنیت غذا و تغذیه پرداخته شده است. در بخش تحلیل وضعیت موجود از آمار و اطلاعات مرکز آمار ایران و انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور و نتایج بیش از ده مطالعه و پژوهش کشوری از جمله NUTRIKAP، ANIS، IrMIDHS، پورا ۱، چهار دوره پایش کشوری شیوع گواتر و ید ادرار و ... استفاده گردیده است. در بخش مرور متون نیز خلاصه ای از گزارش سازمان های بین المللی از جمله سازمان جهانی بهداشت، سازمان خواربارو کشاورزی و بانک جهانی و نیز جداول مربوط به بیش از ۳۰ شاخص مرتبط با امنیت غذا و تغذیه در کشورها و مناطق مختلف جهان در طی سالهای ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۳ ارائه شده است. موارد ارائه شده پس از نقد علمی اساتید و صاحب نظران و ذینفعان، به عنوان یک سند استانی به مراجع ذیصلاح ارائه و مراتب در شانزدهمین جلسه کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان در مورخه ۱۷ آذرماه ۱۳۹۳ به تصویب رسید. روند پیگیری برنامه ریزی، طراحی مداخلات و فعالیت های کلیه سازمان های مسئول براساس مفاد سند خواهد بود و به عنوان مرجعی برای اجرای فعالیت ها و پایش های سازمانی طی سال های آتی مورد استفاده قرار گیرد.

فرازهایی از سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری

- تولید نظام سلامت شامل سیاست گذاری های اجرایی، برنامه ریزی های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست های اجرایی و مقررات با رعایت اولویت پیشگیری بر درمان، کاهش مخاطرات و آلودگی های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی
- تأمین امنیت غذایی و بهره مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه ای و جهانی.
- ترویج تصمیم گیری و اقدام مبتنی بر یافته های متقن و علمی در مراقبت های سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری های سلامت، استقرار نظام سطح بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری
- افزایش آگاهی، مسئولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان های فرهنگی، آموزشی و رسانه ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اهمیت موضوع

با تمام تلاش ها و پیشرفت هایی که در زمینه بهبود وضعیت غذایی و تغذیه در کشورمان صورت گرفته است ولی هنوز چالش هایی پیش رو است که باید به آنها پرداخته شود.

تامین امنیت غذایی (Nutrition security) از دیرباز جزو نگرانی های رهبران جهانی بوده است. در اولین کنفرانس جهانی غذا در سال ۱۹۴۸ یعنی حدود هفتاد سال قبل، تامین غذای کافی به عنوان یک مولفه اصلی در بحث امنیت غذایی مطرح وبه آن از دیدگاه (یک حق انسانی) نگاه شده است (Bickel, Nord et al ۲۰۰۰). از آن زمان تاکنون کنفرانس ها ومجامع علمی زیادی مرتبط با امنیت غذا و تغذیه در سطوح بین المللی برگزار شده است. طی این نشست ها، علاوه بر شکل گیری وتقویت تعهد سیاسی برای تامین امنیت غذایی، یکی از مهمترین تحولات، برداشت جامعه علمی از واژه ی امنیت غذایی بوده است. در گذشته نگرش به امنیت غذایی تنها در گروهی افزایش تولید و عرضه کافی غذا بود. اما واقعیت این است که به رغم بالابودن عرضه غذا در سطح جهانی، ملی، و یا حتی منطقه ای در بسیاری از مناطق دسترسی کافی به غذا وجود نداشت. در سال ۱۹۸۱ براساس نظریه ایجاد ناامنی غذایی در اثر فقر و قحطی، توان مالی خانوارها برای خرید غذای کافی یا دسترسی اقتصادی مدنظر قرار گرفت (Sen ۱۹۹۲). این دیدگاه زمانی پرنرنگ تر شد که آمار واطلاعات نشان دادند که تامین غذا در سطح ملی، الزاماً متضمن امنیت غذایی در سطح فرد و خانوار نیست. این مساله باعث شد که از ابتدای دهه ۱۹۸۰ مساله امنیت غذایی به جای سطح کلان به سطح محلی، خانوار وفرد کشیده شود که در تعاریف سازمان خواربار وکشاورزی (FAO) نیز در همان سال نمود پیدا کرد. به عبارتی جامعه جهانی با شواهد کافی به

این باور رسید که مشکل ناامنی غذایی در شرایط عرضه بالای غذا نیز به وجود می آید. چرا که عوامل متعددی به غیر از دسترسی فیزیکی در این زمینه موثرند که در صورت بی توجهی به آنها احتمال گرسنگی، فقر و ناامنی غذایی تشدید میشود. بعنوان مثال وضعیت اشتغال در جامعه، هزینه غذا و وضعیت تامین اجتماعی از مهمترین عوامل تعیین کننده توان اقتصادی افراد جامعه هستند. بعلاوه تقویت جایگاه زنان در مدیریت مالی خانوار نیز حتی بدون اینکه درآمد خانواده افزایش یابد میتواند بوضعیت امنیت غذایی خانوار تاثیرگذار باشد. زیرا زن علاوه بر اینکه بیشترین مسئولیت در قبال مراقبت افراد خانواده اش را بعهده دارد، نقش تعیین کننده ای درانتخاب اقلام غذایی وارد شده به خانه، نگهداری و تهیه غذا، چیدمان اقلام غذایی، و نهایتاً مدیریت توزیع غذا در میان افراد خانواده دارد. از سوی دیگر حتی خوردن غذای کافی به خودی خود متضمن تامین تمام مواد مغذی درسطح سلولی نیست، در حالیکه برداشت کافی مواد مغذی خورده شده توسط سلول ها برای داشتن بدن سالم مهم است. بدن سالم لازمی توان کارکردن و درنتیجه کسب درآمد مکفی است و بدین ترتیب افراد جامعه وارد یک چرخه مثبت میشوند. چنانچه هرعاملی این چرخه را تخریب کند نهایتاً امنیت غذایی تحت تاثیر قرار می گیرد.

بنابراین، تنها وجود غذا و یا خوردن برای تامین امنیت غذا و تغذیه کافی نیست بلکه باید تبدیل غذای خورده شده به مواد مغذی در بدن به طور مطلوب صورت گیرد. با فراهم شدن این گونه شواهد علمی طی سه دهه اخیر، تعاریف امنیت غذا تغییرات زیادی کرده است که نشان دهنده سیرتحولات تفکر رهبران جهان نیز میباشد. یکی از مهمترین تغییرات، توجه

به امنیت تغذیه ای به عنوان پیامدی از ایمنی غذایی است که بعد از سال ۱۹۹۶ در ادبیات سازمان جهانی خواروبار و کشاورزی (FAO) وارد شد. مطالعات نشان داده اند که همواره رابطه مستقیمی بین وضعیت تغذیه فرد با دسترسی و موجود بودن غذا وجود ندارد، زیرا علاوه بر دریافت غذا، امنیت غذا و تغذیه متأثر از عواملی نظیر وضعیت بهداشت، سلامت و نبود بیماری در جامعه نیز است. دسترسی به غذای کافی برای برآوردن نیازهای غذایی خانوار شرط لازم و نه کافی برای داشتن وضعیت تغذیه ای مناسب محسوب میشود. در همین جا لازم است با تعریف، سه واژه مهم امنیت غذایی، ایمنی غذایی و امنیت تغذیه ای از هم تفکیک شوند:

۱. امنیت غذایی : امنیت غذایی عبارت از فراهمی، دسترسی فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی همه افراد، در تمام اوقات به غذای کافی، ایمن و مغذی است. غذاهایی که رجحان غذایی و نیازهای مربوط به رژیم غذایی شان را برای زندگی سالم و فعال برآورده میسازد. به عبارت دیگر 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 امروز امنیت غذا، سه مولفه فراهمی، دسترسی و بهره مندی مورد توجه است.

۲. ایمنی غذایی : نگهداری و حفظ غذا از هرگونه آلودگی که مضر به سلامتی مصرف کنندگان است.

۳. امنیت تغذیه : عبارت است از دسترسی فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی همه افراد، در تمام اوقات به غذای کافی، ایمن، مغذی با جذب و بهره مندی موثر سلولی.

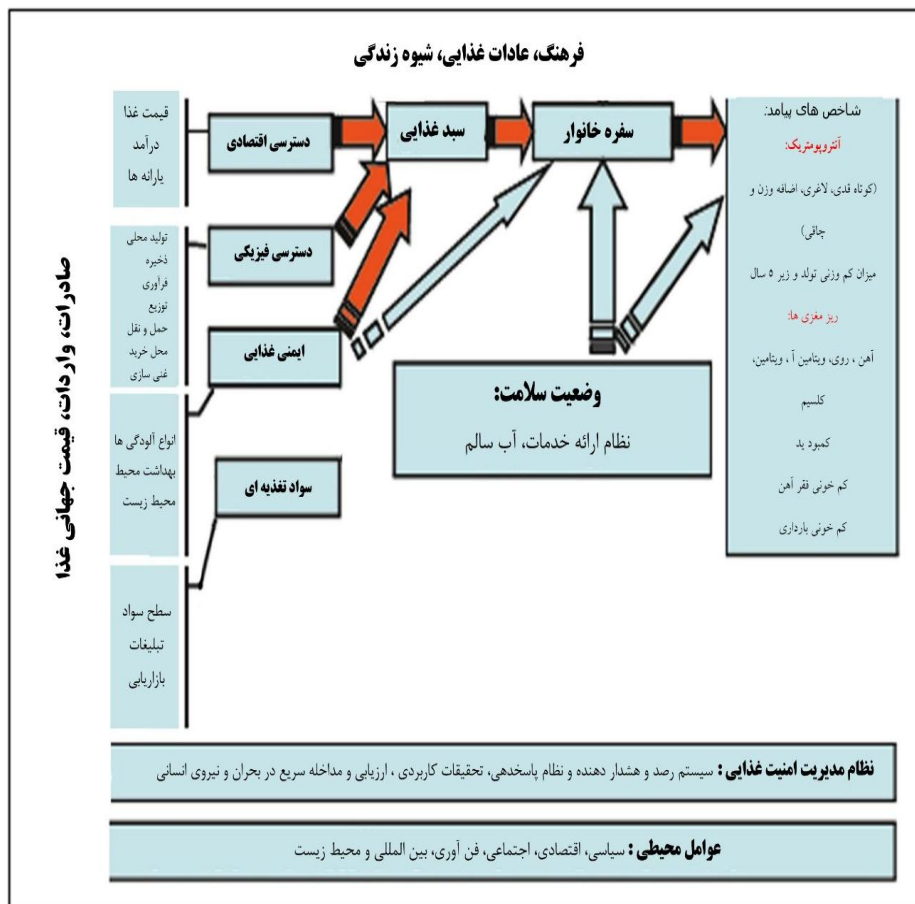
برای ترسیم نیم رخ تغذیه و امنیت غذایی لازم است از الگوی مفهومی معینی استفاده شده و شاخص ها براساس آن تعریف شوند. الگوی مفهومی تغذیه و امنیت غذایی مورد استناد در این سند براساس نظرات کارشناسان خبره و به استناد شواهد علمی در داخل کشور تدوین شده است و مبنای استخراج شاخص های مرتبط می باشد (دو مدل مفهومی دیگر نیز که در اسناد بین المللی مورد استفاده قرار میگیرد در قسمت پیوست ها درج شده است). در شکل شماره ۱ که به منظور نشان دادن عوامل موثر بر تغذیه و امنیت غذایی طراحی شده است، درمجموع «سبد غذایی» که به محیط خانواده آورده میشود با عوامل فرهنگی، عادات غذایی، شیوه زندگی، وضعیت بهداشت محیط خانوار و افراد درون خانه، «سفره خانوار» را شکل میدهد. البته سبد غذایی خود نیز تحت تاثیر دسترسی فیزیکی، اقتصادی، ایمنی غذایی و سواد تغذیه ای افراد است و از عوامل کلان اقتصادی همچون واردات، صادرات و قیمت جهانی غذا اثر می پذیرد.

نتیجه سبد غذایی، سفره خانوار و وضعیت سلامت افراد و محیط خانوار، شاخص های پیامد و اثر مرتبط به امنیت غذایی را شکل میدهد. 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.

از عوامل مهم و موثر بروضعیت امنیت غذایی یک جامعه نظام مدیریت آن است که سیستم رصد (هشداردهنده) و نظام پاسخ دهی، تحقیقات کاربردی، ارزیابی و مداخله سریع در بحران را شامل میشود. مدل مفهومی مذکور

مبنای توصیف، تحلیل و تعیین مداخلات ارتقا دهنده وضعیت امنیت غذایی محسوب می شود.

شکل شماره (۱) : مدل مفهومی تغذیه و امنیت غذایی



نیم رخ امنیت غذا و تغذیه در جهان

- گرسنگی و عواقب آن سالانه سبب مرگ بیش از ۴۰ میلیون نفر در دنیا میشود. که ۱۳ میلیون نفر آنها را اطفال تشکیل میدهند.
- 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 دلیل مشکلات ساختاری (و مدیریتی) در کشورهاشان می باشد نه به دلیل حوادث جوی یا مداخلات انسان ساز.
- ناامنی مزمن غذا و تغذیه باعث میشود تا فقرا نتوانند از رشد فیزیکی و هوشی مناسب و به تبع آن توان تولید اقتصادی مطلوب برخوردار گردند.
- هرگونه آسیب ناشی از فقر غذایی و تغذیه ای در دوران کودکی آثار نامطلوب مادام العمری بر جای می گذارند.

عوامل موثر در نا امنی غذا و تغذیه

هاموند وهمکاران (۲۰۱۲ Hammond et al) در مقاله خود کاربرد نظریه سیستمی و بین بخشی را برای بهبود امنیت غذا و تغذیه تشریح کرده اند. در این مقاله چهار دسته عوامل اثرگذار در نا امنی غذا و تغذیه معرفی شده اند:

- عوامل کلان: سیاست های بازار، مالکیت زمین و ابزار، سیاست های تولید، هنجارهای اجتماعی و فرهنگی
- عوامل زراعی: تولید مواد خام، نگهداری، تبدیل، بسته بندی و زنجیره تامین (حمل و نقل، توزیع و مصرف)
- عوامل سلامتی: اختلالات فیزیولوژیک و بیماریها، آب و خوراک سالم
- عوامل زیست محیطی: تغییرات جوی، رشد جمعیت، توسعه اقتصادی، شهرنشینی، مهاجرت، تغییرات اکوسیستم

اوانس (۲۰۰۹ Evans) 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 درصد و برای گوشت ۸۵ درصد 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 که جهت مقابله با این چالش ها ضروری است تدابیر لازم اندیشیده شود.

مجامع بین المللی و امنیت غذا و تغذیه

برخی از مجامع علمی بین المللی نقش بسزایی در فرایند امنیت غذا و تغذیه و ابلاغ و اعمال سیاست ها و مداخلات تغذیه ای دارند، که عبارتند از :

۱- بانک جهانی (بزرگترین تامین کننده مالی جهانی برای برنامه های تغذیه ای)

۲- سازمان جهانی خواروبار و کشاورزی (FAO)

۳- سازمان جهانی بهداشت (WHO)

این سازمانها با برگزاری کنفرانس های علمی و صدور بیانیه های تعهد اور در حرکت جهانی برای کاهش ناامنی غذایی تاثیر گذار بوده اند. از جمله می توان به اعلامیه جهانی حقوق بشر ، تاسیس برنامه جهانی غذا WFP، کنفرانس پایان گرسنگی پنهان (سال ۱۹۹۱)، کنفرانس بین المللی تغذیه در (سال ۱۹۹۲)، اجلاس جهانی غذا سال ۱۹۹۶ (اهداف برنامه توسعه هزاره MDGs) و اعلامیه نهایی کنفرانس Rio+۲۰ در سال ۲۰۱۲ و... اشاره نمود که حاکی از تعهد روسای دولت ها به حذف فقر ، توسعه پایدار و تسریع در نیل به اهداف هزاره سوم دارد .

بانک جهانی، امنیت غذایی را «دسترسی همه مردم در تمام اوقات، به غذای کافی برای داشتن یک زندگی سالم» تعریف می‌کند که این تعریف در کنفرانس رم نیز مورد تاکید همگان قرار گرفته است. سه عنصر «موجود بودن غذا»، «دسترسی به غذا» و «پایداری در دریافت غذا» محورهای اصلی این تعریف می‌باشند. «موجود بودن غذا» شامل میزان مواد غذایی در مرزهای ملی از طریق تولید داخلی و واردات مواد غذایی می‌باشد و مفهوم «دسترسی به غذا» نیز دسترسی فیزیکی و اقتصادی به منابع، جهت تامین اقلام غذایی مورد نیاز جامعه و «پایداری در دریافت غذا»، ثبات و پایداری در دریافت ارزش‌های غذایی مورد نیاز جامعه می‌باشد. افزایش جمعیت و رشد اقتصادی کشورهای در حال توسعه به رشد تقاضا برای غذا چه از لحاظ کمی و چه از لحاظ کیفی منجر خواهد شد. یعنی اینکه تقاضای جهانی از لحاظ مقدار و ماهیت دچار تغییرات عمده خواهد شد.

سازمان خوار بار جهانی طی گزارشی اعلام نموده است که برای تامین غذای جمعیت ۹ میلیارد نفری جهان در سال ۲۰۵۰، باید دو برابر میزان کنونی تولید شود و برای رسیدن به این هدف باید موانعی مانند محدودیت زمین‌های کشاورزی، کمبود آب، قیمت بالای انرژی، افت سرمایه گذاری در زمینه تحقیقات کشاورزی و افزایش ضایعات غذایی را در نظر داشت. این سازمان با توجه به چشم انداز امنیت غذایی قرن ۲۱ جهان مربوط به کمبود مواد غذایی، تولید مواد غذایی را در قرن حاضر با مشکلاتی پیش بینی نموده‌است. از این رو رقابت بر سر زمین‌های کشاورزی و منابع آب، قیمت بالای انرژی و تغییرات آب و هوایی همگی نشان می‌دهد که باید با منابع

کمتر، غذای بیشتری برای مردم سرتاسر جهان تولید شود. رشد پایدار در بخش کشاورزی، عاملی حیاتی برای تغذیه جهان در دهه‌های آتی است. بانک جهانی که بزرگترین تامین کننده مالی جهان برای برنامه های تغذیه است، مهمترین مانع برای عدم استفاده موثر از منابعی که بانک برای برنامه های تغذیه در اختیار دارد را 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. سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی وضعیت غذا و تغذیه جهان، شاخص هایی را در حیطه های مختلف تعریف و توصیف نموده است که در ذیل به آنها اشاره می گردد. با جمع بندی وضعیت شاخص های مذکور نمره ای برای هر منطقه حاصل می شود که به عنوان وضعیت امنیت غذایی آن منطقه، در نقشه جهانی امنیت غذایی منظور می شود. براساس آخرین گزارش سازمان خوار بار جهانی در فوریه ۲۰۱۴ مهمترین کشورهایی که در ناامنی غذایی بسر می برند به شرح جدول زیر هستند:

نام منطقه	نام کشورها
افریقای شرقی	اتیوپی، سومالی، بروندي، جیبوتی و جنوب سودان
افریقای غربی	بورکینافاسو، گامبیا، نیجر، سنگال، چاد
جنوب افریقا	مالاوی، زیمبابوه، زامبیا و موزامبیک
خاورمیانه، آسیای مرکزی و افریقای شمالی	سوریه، یمن و مصر
آسیا	افغانستان و کره شمالی
امریکای لاتین و کارائیب	بولیوی، کلمبیا

در نقشه جهانی امنیت غذایی منتشر شده توسط برنامه جهانی غذا (WFP) در سال ۲۰۰۸ کشورها در طیف های بسیار پرخطر، پرخطر، با خطر متوسط و کم خطر طبقه بندی شده اند. در این طبقه بندی ایران جزء مناطق پرخطر قرار داشته است.

ایمنی غذایی

یکی از مولفه های بسیار موثر در ایجاد و حتی تداوم سوء تغذیه، سلامت غذا و مواد غذایی است. روند فزاینده رشد جمعیت و ضرورت تامین نیازهای غذایی مردم مهمترین دغدغه فکری دولت های امروزی جهان است. پیش بینی میشود تا سال ۲۰۵۰ میلادی ۲ میلیارد نفر به جمعیت جهان اضافه شده و تبعاً نیاز جامعه انسانی به مواد غذایی افزایش خواهد یافت، بطوریکه نیاز به پروتئین حیوانی به دو برابر خواهد رسید. رشد شهرنشینی و فرهنگ مصرفی غالب بر آن و رویکرد جوامع شهرنشین به تامین غذای روزانه خارج از خانه حجم عظیم نیاز غذایی را ایجاد میکند که در طی یک زنجیره طولانی غذایی از مزرعه تا سفره خانوار اقدامات برنامه ای مفصل و پیچیده ای را طلب میکند تا ضمن برآورده ساختن انتظارات روبه تغییر و گسترش مصرف کننده، از ایجاد عوارض سوء ناشی از آن جلوگیری نماید. وقوع بحرانهای غذایی از جمله آلودگی شیرخشک شیرخواران با پودر ملامین، کره بادام زمینی با سالمونلا، آلودگی مواد غذایی با سرب و آکریلامید و.... سازمان های بین المللی و نظامهای سلامت کشورهای توسعه یافته را بر آن داشت که نظام مراقبت ویژه ای برای کشف و شناسایی این مشکل روبه گسترش جامعه انسانی طراحی نمایند. کنترل و مراقبت مطلوب زنجیره غذایی در سالهای اخیر منجر به درک صحیحی از مخاطرات این فرآیند طولانی شده است.

مطالعات مختلف نشان می‌دهند ورود میکروارگانیسم‌ها (ویروس، باکتری و...) و عوامل شیمیایی مختلف از جمله سموم به هرکدام از مراحل فرآوری غذا از مزرعه تا میز غذا خوری می‌تواند وارد زنجیره غذایی شده و به عنوان یک تهدید کننده سلامت مطرح شوند. بیماری‌های ناشی از غذا با منشا میکروارگانیسم‌ها بصورت تک گیر و همه گیر بسیار شایع بوده و در سال‌های اخیر با بهبود نظام مراقبت بیشتر نیز شناسایی میشوند. این بیماری‌ها (سندرم‌ها) دارای دوره کمون کوتاه، شدت متغیر (از بیماری خفیف تا حتی مرگ در ۲/۵ درصد موارد) و معلولیت‌های برجای مانده متعددی می‌باشند. در زیر میزان‌های بروز مسمومیت غذایی ناشی از پاتوژن‌های شایع که توسط سازمان خواربار جهانی/سازمان جهانی بهداشت منتشر شده درج گردیده است.

نام پاتوژن	میزان بروز در یک صدهزار جمعیت
سالمونلا غیر تیفوئیدی	۱۳۷-۶ مورد
کامپیلوباکترها	۹۶ مورد
شیگلا	۲۰-۰/۲ مورد
یرسینیا	۱۴-۰/۰۱ مورد
اشریشیا کولی (VTEC)	۱۰/۴-۰/۰۳ مورد
لیستریوز	۰/۵-۰/۰۱ مورد
بوتولیسم	۱/۶-۰/۰۱ مورد
ویروس هپاتیت A	۲۲-۲/۱ مورد

نتایج مطالعات طغیانهای ناشی از بیماریهای غذا زاد(FBD) در کشورهای مختلف در سال ۲۰۱۱ به شرح زیر بوده است:

کشور	فراوانی موارد ابتلا	فراوانی موارد بستری	فراوانی موارد فوت
امریکا	۴۸ میلیون نفر	۱۲۸۰۰۰ نفر	۳۰۰۰ نفر
استرالیا	۵/۴ میلیون نفر	۱۸۰۰۰ نفر	۱۲۰ نفر
فرانسه	۷۵۰۰۰۰ نفر	۱۷-۱۰ هزار نفر	۷۰۰-۲۰۰ نفر
انگلستان	۱/۳ میلیون نفر	۲۱۰۰۰ نفر	۴۸۰ نفر

برآورد شده است که در آرژانتین ۵درصد موارد مرگ ناشی از سندرم همولیتیک اورمیک(HUS) بدلیل پاتوژن منتقله از طریق آب و غذا بوده است.

در سالهای گذشته اقدامات بسیار خوبی توسط کشورهای اروپایی به مورد اجرا گذاشته شده و طغیانهای ناشی از سالمونلا(در دانمارک) ، کامپیلوباکتر (در ایسلند) و لیستریوزیس (در فرانسه) بصورت قابل ملاحظه ای کاهش یافته است.

از بیش از یک صد میلیون ترکیب شیمیایی موجود در سطح جهان، یک صد هزار ترکیب به صورت روزمره مورد استفاده میلیون ها انسان قرار میگیرد. مواجهه با این عوامل نظیر مواد شیمیایی، فلزات و سموم(صنعتی/طبیعی) نیز منجر به اختلالات متعدد و با احتمال انتقال به نسل های بعدی میشود. ترکیبات نیتروزامین های هتروسیکلیک و هیدروکربن های آروماتیک پلی سیکلیک پدیدآورنده سرطانهای با منشا محیطی هستند. معتقدند نسبت زیادی از نقایص تکاملی در کودکان (نقص لوله عصبی و نقص های قلبی) ممکن است ناشی از تغییرات ژنتیکی و محیطی باشند.

مهمترین عوامل ازدیاد طغیانهای بیماریهای منتقله از غذا را میتوان در موارد ذیل خلاصه نمود:

تغییر در فرآیند کشاورزی، تغییر در فن آوری های غذایی، افزایش تجارت های بین المللی، افزایش جمعیت حساس به پاتوژن ها، افزایش مسافرت ها بخصوص بین المللی، تغییر در شیوه زندگی مردم، تغییر در نیازهای غذایی مردم، ظهور و بروز پاتوژن های جدید.

لازمه مدیریت مطلوب مخاطرات ناشی از عدم رعایت بهداشت مواد غذایی و پیشگیری از بروز طغیان های بیماریهای ناشی از آلودگی مواد غذایی شناسایی و ارزیابی خطر (مبتنی بر دانش روز و شواهد محیطی) و مدیریت خطر (وفق سیاست های جاری نظام سلامت و دولت) در قالب راه اندازی نظام مراقبت میباشد. هرچند بهره برداری از این راهبردها در سطح جهان قدمتی کمتر از ۳۰ سال دارد، ولی برنامه های بسیار خوبی در طی این مدت کوتاه طراحی شده و با ارزیابی های خطر و بکارگیری استراتژیهای نظیر HACCP و ارزیابی خطرات میکروبی MRA و.... در حداقل ۳۰ کشور جهان نتایج بسیار خوبی حاصل شده است.

سازمان جهانی بهداشت از سال ۱۹۷۸ اطلاعاتی در خصوص سطح ورود آلودگی شیمیایی در مواد غذایی نقاط مختلف جهان را با کمک کشورها و تعدادی از انستیتوهای علمی، تحت برنامه ای با عنوان GEMS/FOOD جمع آوری نموده است.

برنامه GEMS/FOOD توسط سازمان جهانی بهداشت و با همکاری بیش از ۱۰۰ کشور و نهادهای ملی در سراسر جهان به اجرا گذاشته شده است. این برنامه دارای سه فعالیت اصلی میباشد.

۱- جمع آوری اطلاعات در خصوص ترکیب مواد غذایی ، آلودگی مواد غذایی و در معرض خطر قرارگرفتن انسانهاودر نهایت به اشتراک گذاشتن اطلاعات به منظور بررسی عوامل خطر ناشی از آلودگیها در

جهان

۲- آموزش و ظرفیت سازی در سطح ملی و منطقه ای به منظور مقابله با آلودگیهای شیمیایی مواد غذایی

۳-تدوین و انتشار دستورالعمل ها و روش های ارزیابی آلودگیهای شیمیایی مواد غذایی.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶ انواع رژیم های غذایی دنیا را براساس برنامه Cluster dietsGEMS/Food در قالب ۱۳ رژیم و الگوی غذایی مختلف مشخص و تحت عنوان cluster diets معرفی نمود. جهت خوشه بندی رژیم های مختلف در دنیا ، دو شاخص مصرف سرانه موادغذایی در سطح کشورها و مواجهه مواد غذایی در این مناطق با انواع آلودگیها و آفت کشها مد نظر قرار گرفته شده است.

در سال ۲۰۱۲ ، براساس این طبقه بندی کشورهای جهان به ۱۷ خوشه تقسیم بندی شد که ایران نیز در خوشه شماره ۶ (G۶) قرار گرفته و باکشورهای ترکیه ، یونان ، مصر ، ارمنستان ، کوبا و لبنان همگروه می باشد .

جدول شماره (۱): شاخص های ارزیابی وضعیت غذا و تغذیه، سازمان جهانی بهداشت

حوزه ها و حیطه ها		شاخص ها
سبد غذایی	دسترسی	فیزیکی
		تولید: شاخص تولید غذا، حجم تولید مواد غذایی، میزان تولید غذاهای تراریخته، غذاهای ارگانیک، غذاهای غنی شده
	اقتصادی	درصد درصد خانوارهای زیر خط فقر، درصد درآمد به غذا، شاخص قیمت برای مصرف کننده، سهم غذا از درآمد خانوار، بودجه غذای خانوار، شاخص قیمت غذا، ضریب جینی، یارانه ها، شاخص های عدالت توزیعی و مصرف توسط سرپرست خانوار
		سود تغذیه ای
سفره خانوار	سود تغذیه ای	
	ایمنی غذایی	
	فرهنگ و عادات	
	وضعیت سلامت	
درصد آلودگی های بیولوژیکی، فیزیکی و شیمیایی شامل آفت کش ها و داروها، آلودگی فلزات سنگین، مهاجرت مواد بسته بندی به مواد غذایی، آلودگی به سموم قارچ ها و بقایای حشرات و حیوانات موذی، هورمون ها و پرتوزاها، مواد افزودنی غیر مجاز، شیوه دفع ضایعات مواد غذایی		درصد آلودگی های بیولوژیکی، فیزیکی و شیمیایی شامل آفت کش ها و داروها، آلودگی فلزات سنگین، مهاجرت مواد بسته بندی به مواد غذایی، آلودگی به سموم قارچ ها و بقایای حشرات و حیوانات موذی، هورمون ها و پرتوزاها، مواد افزودنی غیر مجاز، شیوه دفع ضایعات مواد غذایی
درصد خانوارهایی که نمک پدیدار مصرف می کنند، میزان مصرف نوشابه، کنسرو، ماهی، غذای حاضری و فست فود، هله هوله، مصرف سرانه - روزانه و همچنین شاخص مصرف سرانه - روزانه برای انرژی، پروتئین، آهن، کلسیم، دوره های آموزشی مهارت های آشپزی، مصرف شیر مادر، روش پخت و نگهداری غذا، عادات غذای درصد مصرف روغن جامد، شاخص مصرف کربوهیدرات		درصد خانوارهایی که نمک پدیدار مصرف می کنند، میزان مصرف نوشابه، کنسرو، ماهی، غذای حاضری و فست فود، هله هوله، مصرف سرانه - روزانه و همچنین شاخص مصرف سرانه - روزانه برای انرژی، پروتئین، آهن، کلسیم، دوره های آموزشی مهارت های آشپزی، مصرف شیر مادر، روش پخت و نگهداری غذا، عادات غذای درصد مصرف روغن جامد، شاخص مصرف کربوهیدرات
شیوع اسهال، مرگ نوزاد و مرگ کودکان 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 - میانسالی و سالمندی		شیوع اسهال، مرگ نوزاد و مرگ کودکان 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 - میانسالی و سالمندی

جدول شماره (۱): شاخص های ارزیابی وضعیت غذا و تغذیه، سازمان جهانی بهداشت

حوزه ها و حیطه ها		شاخص ها
تغذیه ای	پیامدهای	آنتروپومتریک
		کوتاه قدی تغذیه ای زیر ۵ سال و ۶ تا ۱۴ سال، توده بدنی (لاغری، اضافه وزن، چاقی) در گروه های سنی و جنسی جامعه و میزان تولد با وزن کم
نظام امنیت غذایی		ریز مغذی ها
		کمبود آهن (دوران کودکی و بارداری)، روی، ویتامین آ (کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه - زنان باردار) و B۲، ویتامین د (کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه - زنان باردار)، کلسیم، کمبود ید، اسید فولیک
		سیستم مراقبت
		سیستم رصد و نظام پاسخدهی امنیت غذایی شامل سامانه تصمیم گیری
		تحقیقات
نیروی انسانی		مدیریت بحران
		ارزیابی و مداخله سریع در بحران
		نیروی انسانی
عوامل بیرونی		دموگرافیک
		میزان رشد جمعیت، درصد جمعیت روستایی و شهری
		سطح آموزش
		میزان با سواد، میزان ترک تحصیل

امنیت تغذیه ای

امنیت تغذیه ای معمولاً ذیل امنیت غذایی و به همراه محیط پاک، خدمات سلامتی مطلوب، اقدامات مراقبتی و غذایی مناسب برای اطمینان از زندگی سالم برای کلیه اعضای خانوار تعریف شده و به منظور ارزیابی سطح امنیت تغذیه ای از سوء تغذیه استفاده می‌گردد. سوء تغذیه در تمام اشکال آن بصورت مستقیم و غیر مستقیم مهمترین علت مرگ در پهنه جهانی محسوب میشود.

تعیین وضعیت تغذیه ای معمولاً در قالب شاخص های سوء تغذیه ای بیان میگردد که مهمترین این شاخص ها عبارتند از:

الف) کودکان: کوتاه قدی (Stunting) ، لاغری (wasting) ، کم وزنی (underweight) ، بیش وزنی (Over weight) ، وزن پایین هنگام تولد (LBW) ، تغذیه انحصاری با شیر مادر

ب) زنان: لاغری متوسط و شدید، کم وزنی ، بیش وزنی، چاقی

ج) کمبود های ویتامینی و مواد معدنی: آنمی، ویتامین A ، کمبود ید

نقص در مصرف انرژی یا کمبود ریزمغذی ها (Under nutrition) حالتی است که نیازهای بدن تامین نشده و بدلیل مصرف کم و اختلال در جذب مواد غذایی مهم عوارض مختلفی بر روی مادران و کودکان و در نهایت سلامتی جامعه نظیر سوء تغذیه در تمام ابعاد آن، حساسیت در ابتلا به بیماریهای عفونی و مرگ ومیر ناشی از آن ، کاهش بهره هوشی، کاهش تولید اقتصادی، حساسیت در ابتلا به بیماریهای متابولیک، قلبی و عروقی و سرطاناتها در بزرگسالی برجای میگذارد.

در سطح جهان در سال ۲۰۱۱، از چهار کودک یک نفر دچار کوتاه قدی (۲۶ درصد)، از ۶ کودک یک نفر دچار کم وزنی (۱۶ درصد)، از ۱۲ کودک یک نفر دچار لاغری (۸ درصد) بودند. این میزانهای شیوع از نظر بهداشت همگانی حائز اهمیت هستند. در سال یاد شده در حدود ۲۰ میلیون کودک از سوء تغذیه مزمن رنج میبردند که نیاز به مداخله داشتند. هر چند در تمام نواحی دنیا میزانهای کوتاه قدی بالاتر از کم وزنی میباشد (در آسیا ۱/۴ برابر، در افریقا ۲ برابر و در امریکای لاتین ۴ برابر) ولی در کل، شیوع این میزان روند کاهشی را نشان میدهد.

در سال یاد شده، میانگین شیوع بیش وزنی (Over weight) در کودکان ۷ درصد برآورد گردید که در کشورهای توسعه ۱۴ درصد بود. افزایش شیوع بیش وزنی در ۲۰ سال اخیر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه تقریباً مشابه بوده است، هرچند در برخی نواحی این افزایش حتی بیش از دو برابر بوده است. از جمله در جنوب افریقا از ۶ به ۱۵ درصد، غرب افریقا از ۲ به ۶/۲ درصد و در غرب آسیا از ۴/۴ به ۱۱ درصد رسیده است.

وزن کم هنگام تولد (LBW) که نشان دهنده فقر تغذیه ای مادر و رشد کمتر از حد مطلوب داخل رحمی است در کل جهان از ۱۸ درصد در ۱۹۸۰ به ۱۵/۵ درصد در سال ۲۰۰۰ کاهش یافته است. این میزان در جنوب آسیا ۳۴- ۲۷ درصد بود. آخرین برآورد در سال ۲۰۱۲ توسط یونیسف نشان میدهد میانگین LBW جهانی در دهه اخیر بدون تغییر بوده است.

در سال ۲۰۱۱ از سه نفر بزرگسال یک نفر (۳۴ درصد) اضافه وزن داشتند، که نشان دهنده BMI مساوی یا بیش از ۲۵ میباشد. همچنین یک نفر از ۱۰ مرد (۱۰ درصد) و بیش از یک زن از ۱۰ زن (۱۴ درصد) در سطح جهان

چاق (BMI مساوی یا بیش از ۳۰) هستند. شیوع چاقی و بیش وزنی در بالغین براساس مناطق و گروههای درآمدی مختلف متفاوت میباشند. بالاترین میزان به ترتیب کاهش عبارتند از: آمریکا- اروپا (بیش از ۵۰ درصد جمعیت دارای بیش وزنی و بیش از ۲۰ درصد چاق) و منطقه مدیترانه شرقی. شیوع کلی چاقی در زنان طی سه دهه از ۸ درصد در ۱۹۸۰ به ۱۴ درصد در ۲۰۰۸ افزایش یافته است. شیوع چاقی در بالغین ۲۰ سال و بالاتر در سال ۲۰۰۸ بر حسب مناطق مختلف سازمان جهانی بهداشت به شرح جدول زیر بود:

جدول شماره (۲) شیوع چاقی در بالغین ۲۰ سال و بالاتر در سال ۲۰۰۸ بر حسب

مناطق مختلف سازمان جهانی بهداشت

کل کشور	پاسیفیک غربی ۱۷ کشور	جنوب شرق آسیا ۸ کشور	اروپا ۴۴ کشور	مدیترانه شرقی ۸ کشور	امریکا ۲۴ کشور	افریقا ۲۲ کشور	
۱۰ درصد	۵/۱	۱/۷	۲۰/۴	۱۳ درصد	۲۳/۵ درصد	۵/۳ درصد	چاقی در مردان
۱۴ درصد	۶/۸ درصد	۳/۷ درصد	۲۳/۱ درصد	۲۴/۵ درصد	۲۹/۷ درصد	۱۱/۱ درصد	چاقی در زنان

در سوء تغذیه زیر گروه ویتامین و مواد معدنی، کمبود آهن شایعترین کمبود تغذیه ای جهان میباشد. بیش از ۲۴ درصد مردم جهان دچار کمبود آهن میباشند که در کودکان پیش دبستانی و زنان با شیوع بالغ بر ۴۰ درصد یک

مشکل مهم بهداشتی محسوب میشود. جدول شماره (۲) شاخص های مهم تغذیه ای را از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ نشان میدهد.

جدول شماره (۳): شیوع شاخص های تغذیه ای در کودکان به تفکیک

مناطق مختلف جهان ۲۰۱۰-۱۹۹۰

سال	شاخص	افریقا	آسیا	امریکای لاتین و کارائیب	کشورهای در حال توسعه	کشورهای توسعه یافته	جهان
۱۹۹۰	کوتاه قدی تغذیه ای	۴۱/۶	۴۸/۴	۲۴/۶	۴۴/۶	۶/۱	۳۹/۹
	کم وزنی	۲۲/۷	۳۲/۹	۷/۷	۲۸/۴	۱/۵	۲۵/۱
	لاغری تغذیه ای	۸/۷	۱۱/۴	۲/۶	۱۰	۲/۹	۹/۱
	بیش وزنی	۴/۳	۳/۷	۶/۵	۴/۱	۷/۴	۴/۵
۲۰۰۰	کوتاه قدی تغذیه ای	۳۸/۹	۳۷	۱۸/۵	۳۵/۶	۶/۶	۳۲/۵
	کم وزنی	۲۰/۳	۲۵/۹	۵/۲	۲۲/۵	۱/۹	۲۰/۳
	لاغری تغذیه ای	۸/۶	۱۱	۱/۹	۹/۴	۲/۳	۸/۷
	بیش وزنی	۵/۳	۴	۶/۸	۴/۵	۱۰/۳	۵/۱
۲۰۱۰	کوتاه قدی تغذیه ای	۳۵/۹	۲۷/۷	۱۳/۸	۲۸/۷	۷/۲	۲۶/۳
	کم وزنی	۱۷/۹	۲۰	۳/۵	۱۷/۸	۲/۳	۱۶/۱
	لاغری	۸/۵	۱۰/۲	۱/۴	۸/۹	۱/۸	۸/۱

سال	شاخص	افریقا	آسیا	امریکای لاتین و کارائیب	کشورهای در حال توسعه	کشورهای توسعه یافته	جهان
	تغذیه ای						
	بیش وزنی	۷/۱	۴/۶	۷/۱	۵/۵	۱۴/۱	۶/۵

در نشست ماه می سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت، موارد زیر مورد تعهد وزرای کشورهای عضو قرار گرفت.

- ۱- پیشگیری و کاهش سوء تغذیه در تمام اشکال
- ۲- تقویت و تسریع در تداوم اجرای استراتژی های جهانی برای تغذیه شیرخواران و کودکان
- ۳- سنجش و ارزشیابی مداخلات به منظور بهبود تغذیه شیرخواران و کودکان
- ۴- تجدید نظر در سیاست ها و برنامه های کاری براساس بار مضاعف سوء تغذیه

۵- تقویت مراقبت (Surveillance) تغذیه

همچنین سازمان جهانی بهداشت در آخرین نشست عمومی سال ۲۰۱۲، اجرای پروژه های مرتبط با تغذیه مادران، شیرخواران و کودکان جوان مشتمل بر تحقق ۶ هدف زیر را تا ۲۰۲۵ برای کشورهای عضو توصیه کرده است.

- ۱- کاهش ۴۰ درصدی در کوتاه قدی
- ۲- کاهش آنمی در زنان سنین باروری به میزان ۵۰ درصد
- ۳- کاهش میزان کودکان کم وزن هنگام تولد (LBW) به میزان ۳۰ درصد

۴- عدم افزایش در نسبت کودکان با وزن بالا

۵- افزایش نسبت تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ ماه اول زندگی به میزان ۵۰ درصد

۶- کاهش لاغری در کودکان به کمتر از ۵ درصد

امنیت تغذیه ای پیامد امنیت غذایی محسوب میشود که بعد از سال ۱۹۹۶ در تعاریف سازمان خواروبار و کشاورزی مطرح گردید. خوردن غذای کافی به خودی خود منجر به تامین تمام مواد مغذی در سطح سلولی نیست درحالیکه برداشت کافی مواد مغذی خورده شده توسط سلول ها برای داشتن بدن سالم مهم است . بدن سالم لازمه توان کارکردن و در نتیجه کسب درآمد مکفی است و بدین ترتیب افراد جامعه وارد یک چرخه مثبت می شوند وچنانچه هرعاملی این چرخه را تخریب کند ، نهایتاً امنیت غذایی تحت تاثیر قرار می گیرد . تنها وجود غذا و یاخوردن غذا برای تامین امنیت غذا و تغذیه کافی نیست بلکه باید تبدیل غذای خورده شده به مواد مغذی در بدن بطور مطلوب صورت گیرد.

سازمان جهانی بهداشت درسال ۲۰۱۰ با مرور سیاست های تغذیه ای کشورها گزارشی را منتشر کرد که یافته های مهم این گزارش عبارتند از :

- ۷۵ درصد کشورها درکل مناطق سازمان جهانی بهداشت، گزارش کرده اند که سیاست ها و برنامه هایی دارند که موضوعات کلیدی سوء تغذیه مثل کم خوری، چاقی و بیماریهای مزمن مرتبط، تغذیه و ویتامین و ریزمغذی های کودکان و نوجوانان را پوشش می دهند .
- منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت بیشتر سیاست هایی دارند که بیش خواری را مدنظر دارد.

- اغلب کشورها سیاستهایی برای کنترل بیماریهای غیرواگیر مرتبط با تغذیه و چاقی دارند لیکن همه کشورها در سیاست هایشان چاقی کودکان و بالغین را مورد توجه قرار نداده اند.
 - توزیع آهن واسیدفولیک در مدارس اغلب کشورها گزارش شده است.
 - غنی سازی در سیاست های ملی ومنطقه ای وبرنامه هایی با تمرکز بر گروه های غذایی مثل آرد گندم، غذاهای مکمل، نمک، کره ومارگارین ، روغن وشکر اعمال میشود.
 - مداخلات سلامت به عنوان بخشی از سیاست تغذیه ای وجود دارد.
 - سنجه های اندکی برای ویتامین ها و ریزمغذی های خاص یا عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر مورد توجه هستند.
 - اغلب اسناد سیاست تغذیه ای ساز وکار پایش و ارزشیابی دارند و اکثر کشورها نهاد مسئول برای این فعالیت دارند.
- تجربه منتشرشده از کشور مالزی درسال ۲۰۰۲ در بهبود تغذیه و امنیت غذا به نقش مشارکت و همکاری بین بخشی دستگاه ها و چگونگی تداوم همکاری افراد مختلف و متنوع برسر اهداف مشترک تاکید دارد.

گسترش شهرنشینی در کشورهای در حال توسعه تغییرات قابل ملاحظه‌ای در افزایش بیماری‌های ناشی از فراوانی نعمت به وجود آورده است. در همان زمانی که بخش بزرگی از جمعیت هنوز با سوءتغذیه و بیماری‌های ناشی از فقر روبرو هستند چاقی و بیماری‌های مربوط به آن ۲۵ درصد تا ۵۰ درصد جمعیت را به طور پراکنده درگیر کرده است.

مطالعات در زمینه غذا و تغذیه در نیم قرن گذشته نشان می‌دهد، فقر و ثروت عواملی هستند که به طور عمیقی در رژیم غذایی، تغذیه و سلامت انسان موثرند. عوامل اقتصادی بر عادات غذایی مردم جهان اثرهای وسیعی به مراتب بیش از آنچه که نتایج تجزیه و تحلیل روندهای رژیم غذایی در جوامع توسعه یافته نشان می‌دهد داشته است، همچنان که درآمد افزایش پیدا می‌کند و مردم بیشتر به شهرنشینی گرایش نشان می‌دهند، جوامع لاجرم وارد مراحل مختلف از تحولی می‌گردند که به دلیل درگیری‌هایی که برای سلامت و رفاه اجتماعی داشت گذار تغذیه یا گذر تغذیه نامیدند. این گذارها با عواملی مانند درآمد بالا، تولید انبوه غذا، بازاریابی غذا و تغییرات در ماهیت زندگی (تحرك و عدم تحرك) ارتباط داشته است. یک بررسی جهانی بر روی داده‌های ۸۰ کشور در زمینه گذار غذا و تغذیه نشان می‌دهد در کشورهای در حال توسعه مردم شهرنشین بیشتر همگام با این فرآیند بوده‌اند تا جوامع روستایی. این روش زندگی الگوی خاصی را در مورد عرضه غذا و زمان‌هایی را که به آن اختصاص می‌دهند؛ به وجود آورده است. کشورهایی که جمعیت

شهری‌شان ۷۵ درصد است در مقایسه با کشورهای که جمعیت شهری‌شان ۲۵ درصد است، حدود ۴ درصد بیشتر انرژی را از چربی‌های حیوانی و گیاهی و ۱۲ درصد بیشتر انرژی‌شان را از شیرین‌کننده‌ها کسب می‌کنند. این امر حتی در جوامع بامیزان کم تولید ناخالص ملی نیز صدق می‌کند.

تحقیقات دیگر در این زمینه نشان می‌دهد کشورهای با درآمد کم، خیلی بیشتر از گذشته انرژی مورد نیازشان را از چربی فراهم می‌کنند. یعنی نه فقط الگوهای غذایی شهری تغییر می‌کند، بلکه آنها در مرحله اولیه بهبود اقتصادی هم این تغییرات را دارند.

توانایی تولید غذاهای ارزان که حاوی روغن‌ها و شیرین‌کننده‌ها هستند موجب سهولت این گذر شده‌اند به طور مثال در نیمه دوم قرن گذشته تکنولوژی‌های جدید و انواع دانه‌های روغنی موجب سهولت تولید روغن خوراکی با کیفیت بالا با قیمت ارزان به عنوان جانشین چربی‌های حیوانی گران قیمت شده است.

نتیجه افزایش میزان قیمت‌های مواد غذایی و همزمان کاهش درآمد باعث شده هزینه مواد غذایی بخش مهم بودجه خانوار را به خود اختصاص دهد. به این ترتیب مشکلات اقتصادی بر روی الگوی غذایی و در نتیجه تغذیه و سلامت خانواده اثر به سزایی می‌گذارد.

چون جمعیت از مناطق روستایی به شهر مهاجرت می‌کنند، تقاضا برای غذاهای فرآیند شده با عمر ماندگاری پایدار افزایش پیدا می‌کند. همچنین

تقاضا برای غذاهای فوری، غذاهای آماده و غذاهای خیابانی افزایش می‌یابد. نمک و شکر به عنوان نگهدارنده به کار برده می‌شوند، برای غذاهای خیابانی چربی اغلب محیطی برای اطمینان از پخت سریع در درجات حرارت بالا است. وقتی رژیمی دارای انرژی- دانستیه بالا و حاوی میوه و سبزی کمتری باشد، منجر به کاهش میزان ریزمغذی دریافتی می‌شود و با افزایش بیشتر شهرنشینی، شیوه زندگی به فعالیت کم و بدون تحرک سوق پیدا می‌کند. این قبیل تغییرات، رخ داده‌های نیمه دوم قرن بیستم در زمینه غذا و تغذیه بوده است.

بعد از جنگ جهانی دوم انقلابی در زمینه غذا رخ داد بطوریکه قفسه‌های فروشگاه‌های بزرگ را پر کرد و فراوانی انتخاب را به وجود آورد، ولی این فراوانی مسلماً به بهای سلامت هر فرد تمام شد. به خصوص، بعضی از سرطان‌های ناشی از غذا در سطح جهانی افزایش پیدا کرد. کسانی که به شیوه زندگی غربی (Westernization) و ویژگی‌های رژیم غذای آنها سازش یافته‌اند. در واقع آنها بیشتر گوشت، چربی‌های لبنی، نمک و غذاهای قنددار و نوشیدنی‌ها و کمتر غلات و حبوبات مصرف می‌کنند، بنابراین انواع دیابت‌ها به طور فزاینده‌ای افزایش یافته است. سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی کرده است که دیابت از ۱۴۳ میلیون در سال ۱۹۹۷ به ۳۰۰ میلیون در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید. قرن آینده آشکارا، هوشیاری بیشتری را برای کشورهای آسیایی می‌طلبد. زیرا مردم این کشورها در حالی که از مشکلات سوء تغذیه ناشی از فقر فرار می‌کنند نباید قربانی مشکلات برخاسته از وفور نعمت لجام گسیخته، «توسعه» بی‌رویه و استثمار تجاری شوند. بدیهی است راه حل

مشکلات تغذیه ملی را در رژیم‌های غذایی معمول در سطح خانوار که از نظر مواد مغذی کافی باشند باید جستجو کرد. سیاست‌های تغذیه‌ای ملی باید بیشتر بر پایه غذا استوار شود تا بر پایه دارو. پیشرفت‌های اخیر در علوم غذا در سطح ملی باید بر اساس نیازهای تغذیه‌ای تنظیم شود تا ملاحظات تجاری، اطمینان از غذای کافی و متعادل باید وجود داشته باشد در حدی که احتیاجات تغذیه‌ای خانوارها تامین شود. در سال‌های اخیر انقلاب سبز با وجود موفقیتی که داشته است عدم توانایی در تولیدات برخی مواد غذایی به وجود آورده است به گونه‌ای که حبوبات، بقولات، ارزن‌ها نسبتاً نادیده گرفته شده‌اند و اکنون احساس می‌شود که باید این وضعیت اصلاح شود. افزایش تولید، نگهداری، فرآیند و مصرف سبزی‌ها به خصوص سبزی‌های برگی به شدت مورد نیاز خواهد بود. خاک تهی شده از مواد مغذی به دلیل کاربرد تکنولوژی‌های پرکار، کنترل شده و باید از تکنولوژی‌های قابل دسترس و ایمن در سطح وسیعی استفاده کرد. اینک زمان آن رسیده که کشورهای در حال توسعه سیاست‌هایی را برای مداخله تدوین کنند تا بتوانند از آثار سوء «گذار غذا و تغذیه» بر سلامت جوامع به موقع و یا هزینه کمتری پیشگیری کنند. این سیاست‌ها در عین حفظ تنوع غذایی باید جمعیت را به سوی یک رژیم غذایی سالم‌تر هدایت کنند.

گذار / پیدمبولوژیک و تغذیه

گذار تغذیه ای ، عبارت از فرایند تحولات الگوی بیماری و سلامت تغذیه ای ناشی از تغییرات و جابه جایی ترکیب و الگوی غذای مصرفی جامعه است که خود متأثر از تحولات اقتصادی ، اجتماعی، جمعیت شناختی و بهداشتی است.

به عبارت دیگر در چارچوب فکری گذر تغذیه ای ، به دنبال شناخت روند تغییرات الگوی غذا خوردن، بیماری و سلامت در جامعه هستیم ؛ با این فرض که تحولات مزبور ریشه های اقتصادی ، اجتماعی، جمعیت شناختی و بهداشتی دارند . در سال ۱۹۷۱ ، پرفسور امران مفهوم گذر اپیدمیولوژیک را مطرح کرد و نشان داد که جوامع بشری در طول زمان از یک الگوی بیماری به الگوی دیگر گذر کرده اند . گذر اپیدمیولوژیک با تغییرات الگوی مرگ و میر وابسته به سن و افزایش امید به زندگی همراه است . در حال حاضر جوامع صنعتی غربی ویژگی های الگوی اول را پشت سر گذاشته اند ؛ به عبارت دیگر، بیمار یهای عفونی و سوءتغذیه ناشی از فقر به شدت کم رنگ شده و در مقابل، شیوع بیمار یهای مزمن تحلیل برنده مثل دیابت، چاقی و بیمار یهای قلبی توأم با شیوه زندگی شهرنشینی در جهان صنعتی به صورت الگوی غالب درآمد یافته است.

بحث عمده دیگری که در بیست سال اخیر در جهان مطرح بوده ، این است که در کنار گذراپیدمیولوژیک، تغییرات و جابه جایی های عمده ای نیز در ترکیب رژیم غذایی مردم رخ داده است . در مسیر این تحولات، رژیم غذایی غنی از کربوهیدرات پیچیده و فیبر جای خود را به رژیم های غذایی متنوع تر با سهم بیش تری از چربی، قند و غذاهای تبدیل و تصفیه شده و کم فیبر می دهد ؛ به عبارت دیگر در کشورهای در حال توسعه سفره دنیای غرب جای سفره سنتی آن ها را می گیرد . چنین تحولاتی از یک طرف با تغییر شاخص هایی چون قد ، وزن و ترکیب بدن افراد جامعه همراه است و از طرف دیگر

شیوع فزاینده چاقی ، به ویژه چاقی دوران کودکی، دیابت غیروابسته به انسولین و غیره را به دنبال دارد.

بسیاری از دانشمندان و محققان در بیست سال اخیر نشان داده اند که در گذر تغذیه ای ، مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی و بعضی انواع سرطان ها بسیار افزایش یافته و از سلامت یا عمر بدون از کارافتادگی کاسته شده است. نکته بسیار مهم اینکه گذر تغذیه ای، یا به عبارتی گذر از سوءتغذیه ناشی از فقر، به سوءتغذیه ناشی از رفاه در کشورهای صنعتی مانند اروپا و ایالات متحده امریکا در طول ۱۵۰-۱۰۰ سال اتفاق افتاده است . ولی تحقیقات سا لهای اخیر نشان میدهد که گذر تغذیه ای در جهان سوم، شتاب و شدت تازه ای پیدا کرده است و کشورهایی چون برزیل، کره جنوبی، ژاپن، چین، شیلی و تایلند در یک گذر تغذیه ای شتابزده از الگوی اول به الگوی دوم رسیده اند، برای مثال گذر سریع تغذیه ای موجب شده که در کشورهای تایلند، شیلی و چین پیش از به ثمر رسیدن دو دهه تلاش برای حل مشکلات سوءتغذیه و فقر، الگوی بیمار یهای مزمن از راه برسد .نکته مهم این که گذر تغذیه ای فقط در ده سال اخیر بررسی و گزارش شده است و به احتمال زیاد در بسیاری از کشورهای دیگر نیز این پدیده در حال تکوین است که به واسطه کمبود اطلاعات و عدم توجه آماری همچنان پوشیده مانده است. کلیه شواهد حاکی از آن است که کشور ایران نیز اینک درگیر گذر تغذیه ای شتابزده ای است که تحلیل و درک چگونگی آن به عنوان نقطه شروع برای مدیریت مؤثر مسائل امنیت غذا و تغذیه قابل توصیه میباشد. اهمیت مشاهدات مزبور از آن جهت است که تجربه کشورهای صنعتی ، امروز دیگر الگوی مناسبی برای گذر تغذیه

ای در کشورهای جهان سوم نیست و تجربه اولیه در کشورهای اخیر تکرار نخواهد شد ، به عبارت دیگر ، گذر تغذیه ای در کشورهای جهان سوم کوتاهتر و به همان نسبت پیچیده تر خواهد بود . البته نکته مثبت در این تصویر آن است که کشورهای جهان سوم با استفاده از علم روز و تجربه کشورهای صنعتی می توانند از تکرار الگوی بیماری های تحلیل برنده کشورهای صنعتی پیشگیری کنند . با وجود این جنبه منفی و مشکل زای آن این است که اینک کشورهای جهان سوم نیازمند اتخاذ راهبرد دو منظوره ای هستند که بتوانند به طور همزمان و سازگار ، با دو نوع سوءتغذیه ناشی از فقر از یک طرف و ناشی از رفاه از طرف دیگر برخورد کنند. نظریات مختلفی در زمینه سرعت گذر تغذیه ای در کشورهای جهان سوم مطرح شده است که در نظریه اول ، گسترش سریع شهرنشینی و افزایش تولید روغن های نباتی ، به عنوان دلایل اصلی مطرح شده اند و گفته می شود که این دو عامل با تغییر فعالیت بدنی، تغییر رژیم غذایی و امکان مصرف بیشتر چربی موجب تسریع گذر تغذیه ای می گردند. بر اساس نظریه دوم ، سوءتغذیه در دوران جنینی و طفولیت موجب می گردد که ساز و کارهای کنترل اشتها و سیری در غده هیپوتالاموس دچار تغییر تطابقی شود . در این افراد به دلیل اینکه سازوکار کنترل اشتها به درستی عمل نمی کند، در صورتی که در محیط شهری و در معرض امکانات مصرف بیشتر قرار گیرند ، خطر ابتلا به چاقی و بیمار یهای متابولیک در آنان افزایش می یابد.

در حال حاضر در سراسر جهان بار بیماری های غیرواگیر ۴۳ درصد بار بیماری ها را شامل می شوند که انتظار می رود به ۶۰ درصد کل بار بیماری ها و ۷۳

درصد تمام موارد مرگ تا سال ۲۰۲۰ افزایش یابد. کشورهای با درآمد کم و متوسط ۷۹ درصد موارد مرگ و ۸۵ درصد بار این گونه بیماری ها را به خود اختصاص می دهند. این افزایش بیشتر به دلیل همه گیری بیماری های نوپدید غیرواگیر در کشورهای درحال توسعه است. راه حل کنترل همه گیری جهانی بیماری های غیرواگیر، پیشگیری اولیه است که براساس برنامه های جامع و دربرگیرنده ی کل جمعیت جهانی استوار است.

براساس گزارش جهانی (سال ۲۰۰۲ میلادی) درحالی که ۱۷۰ میلیون کودک در کشورهای فقیر باکم وزنی مواجه هستند و سالانه بیش از ۳ میلیون نفر از آنها به این علت می میرند، بیش از ۱ میلیارد انسان بالغ درجهان اضافه وزن دارند و ۳۰۰ میلیون نفر از آنها از نظر بالینی چاق هستند. از این میان، سالانه حدود ۰/۵ میلیون نفر در امریکای شمالی و اروپای غربی بر اثر بیماری های مرتبط با چاقی جان خود را از دست میدهند. درحال حاضر، میزان شیوع فشار خون و کلسترول بالا، مصرف دخانیات، الکل، چاقی و بیماری های مرتبط با آنها در کشورهای درحال توسعه نیز مانند کشورهای توسعه یافته با سیر صعودی مواجه هستند. ممکن است مصرف سبزیجات و میوه ها به پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی و برخی از سرطان ها کمک کند و برآورد می شود که مصرف کم این موارد در رژیم غذایی روزانه، به حدود ۳ میلیون مرگ در سال منجر می شود. همچنین، نداشتن فعالیت بدنی که به دلیل تغییر در الگوهای زندگی و کار اتفاق می افتد، عامل حدود ۱۵ درصد از موارد برخی سرطان ها، دیابت و بیماری های قلبی عروقی است.

چالش اول

گرسنگی در سطح جهان در حال افزایش است. اوایل دهه ۱۹۹۰، افزایش تعداد افراد گرسنه در سطح جهان بعد از طی دو دهه سیر نزولی دچار تغییر فاحشی شد و از آن پس به دلیل افزایش قیمت غذا در اثر بحران مالی، رو به افزایش گذاشت. بحران مالی نیز به نوبه خود موجب شد قیمت محصولات کشاورزی تا حدودی افت کند و تجارت محصولات کشاورزی و مبادله‌های مرتبط با آن کاهش یابد. امروزه اقشار کثیری از مردم گرسنه جهان به طور مستقیم یا غیر مستقیم برای بقای خود به کشاورزی وابسته‌اند. بر اساس آخرین ارزیابی به عمل آمده از سوی سازمان خواربار جهانی (FAO)، امروزه بالغ بر ۹۶۹ میلیون نفر در جهان با هزینه‌ای کمتر از یک دلار در روز زندگی می‌کنند و حدود سه چهارم از آنها برای بقا خود به کشاورزی وابسته هستند. در واقع، فقر و تنگدستی شدید این افراد خروج از این وضعیت را برای آنها غیر ممکن ساخته‌است.

چالش دوم

عدم وجود تعادل در رژیم غذایی روزانه افراد، از دیگر چالش‌هایی است که اگر چه سوء تغذیه ناشی از فقر که یکی از دلایل عمده مرگ در سراسر جهان به حساب می‌آید ولی امروزه بیماری‌های مرتبط با رژیم غذایی از جمله چاقی، بیماری‌های قلبی، انفارکتوس و دیابت نیز بسیار گسترش یافته است، بطوری

که پر خوری و عدم تحرک ناشی از زندگی مدرن و چاقی به چالش مهم بهداشت عمومی سالانها در کشورهای صنعتی تبدیل شده است.

چالش سوم

چالش دیگر در زمینه تولید غذا، نابودی محیط زیست و طبیعت می باشد. تخریب محیط زیست از دو جنبه با غذا در ارتباط است. این مساله با محدود کردن محصولات غذایی، تولید مواد غذایی را کاهش می دهد. از سوی دیگر، این مساله حاصل فعالیت های نادرست کشاورزی است. مشکلاتی مانند فرسایش خاک، آلودگی آب، انتشار گازهای گلخانه ای و از بین رفتن تنوع زیست محیطی، تهدیدی جدی علیه تولید جهانی غذا به شمار می رود.

گزارش جهانی پایش ۲۰۱۲ درباره قیمت های غذا، تغذیه و اهداف توسعه هزاره توسط بانک جهانی نشان میدهد جهان به رغم دستیابی به دو هدف رفع فقر شدید و تامین آب بهداشتی در مورد کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال وزیریکسال (هدف چهارم) و همچنین مرگ مادران (هدف پنجم) هنوز با اهداف تعیین شده فاصله دارد و اتفاقاً این دو هدف با تغذیه و امنیت غذایی نیز 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 ماندند و یا به زیر خط فقر رفتند. به عبارت دیگر فقر نوعاً با افزایش قیمت غذا افزایش می یابد و قیمت بالاتر غذا سبب میشود که مردم سهم بیشتری از درآمد خانوار را برای آن هزینه کنند.

گزارش سازمان جهانی بهداشت درباره سیاست غذا و تغذیه ۲۰۱۲-۲۰۰۷

اروپا، شش راهبرد اصلی را به شرح زیر تعیین کرده است:

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 ادغام یافته برای تامین مولفه های مرتبط

۵- تقویت مراقبت تغذیه و ایمنی غذا در بخش سلامت

۶- پایش، ارزشیابی و تحقیق

در پی برگزاری کنفرانس جهانی تغذیه (رم. ۱۹۹۲) بر مشارکت وزارتخانه ها، سمن ها (NGO)، دانشگاهها، بخش خصوصی و رسانه ها، تامین برنامه کار وپیش بینی بودجه، فراهم ساختن امکان مشارکت گسترده افراد وسازمانهایی که درباره موضوع نقش کلیدی دارند، تاکید گردید. تضمین مشارکت موثر کشوری درسطوح استانی وشهرستانی برای پیگیری عملیات ودرصورت ضرورت همکاری با سازمان های حمایتی برای تامین مساعدت های فنی و مالی ازجمله اصول برنامه ریزی عملیاتی تغذیه درکشورها برای تدوین برنامه عملیاتی تغذیه ای اهمیت بسزایی دارد.

امنیت غذایی؛ هدف توسعه هزاره سوم

سران کشورها و دولت های سراسر دنیا در اجلاس جهانی غذا در سال ۱۹۹۶ میلادی برای کاهش ۵۰ درصدی تعداد گرسنگان جهان تا سال ۲۰۱۵، سرمایه گذاری بخش دولتی و خصوصی در کشاورزی به اتفاق نظر رسیدند تا هدف اول توسعه هزاره نیز بر کاهش گرسنگی و فقر به نصف تا سال ۲۰۱۵

پایه ریزی شود. رهبران کشورها در اجلاس جهانی سال ۲۰۰۵ در مقر سازمان ملل متحد در نیویورک، این تعهد را تکرار نمودند. هفتاد درصد گرسنگان جهان در مناطق روستایی زندگی می‌کنند؛ مناطقی که کشاورزی در آنجا یا به طور مستقیم شکم گرسنگان را سیر می‌کند و یا از طریق اشتغال در این بخش به طور غیرمستقیم به عنوان منبع درآمد جهت خرید مواد غذایی عمل می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که رشد کشاورزی، حتی بیش از رشد صنعتی و یا شهری، منجر به کاهش فقر و گرسنگی می‌گردد و بنابر گزارش فائو کشورهایی که بیشترین سرمایه گذاری دولتی و خصوصی را در بخش کشاورزی داشته‌اند، در حال حاضر پایین ترین سطح سوء تغذیه را دارند و افزایش سرمایه گذاری دولتی در بخش کشاورزی و مؤثرتر کردن این کمک از اهمیت بسزایی برخوردار است.

وضعیت مولفه های غذایی و تغذیه ای در منطقه مدیترانه شرقی

سیاست گذاری و برنامه ریزی های امنیت غذا و تغذیه ای بر اساس نیاز جوامع، با هدف ارتقای سلامت و وضعیت تغذیه ای، بستگی به دو فاکتور شواهد عینی قوی و توانایی های سنجش نتایج دارد. یکی از بازو های اجرایی این برنامه ها مشخص کردن مولفه های غذایی و تغذیه ای جوامع بوده و با اندازه گیری و پایش مناسب آنها می توان به فاکتور های موثر برای داشتن سبک زندگی سالم با توجه به شرایط جغرافیایی و بومی هر منطقه رسید. هدف تحقق بخشیدن به مولفه های امنیت غذایی در جوامع، از یک سو دسترسی فیزیکی به غذای کافی و از دیگر سوی، غذایی است سالم و مغذی برای تامین نیازهای تغذیه ای، بدین ترتیب دسترسی به غذای کافی و البته

مطلوب و رسیدن به سلامت تغذیه ای از محورهای مهم توسعه و سلامت جامعه و آماده سازی نسل های آینده کشور می باشد.

مهمترین مولفه های امنیت غذایی و تغذیه ای در منطقه مدیترانه شرقی شامل: دسترسی فیزیکی و اقتصادی ، دانش و فرهنگ تغذیه ای، سوء تغذیه کودکان، آنتروپومتری کودکان، میزان ریز مغذی ها، وضعیت سلامت و میزان توسعه یافتگی می باشد که در جدول شماره (۳) تعدادی از این مولفه ها در مناطق مختلف جهان مورد بررسی قرار گرفته است و در ادامه در جدول شماره (۴) شاخص های تغذیه ای مقایسه ای بین المللی براساس سند چشم انداز ۱۴۰۴ در کشور های مختلف مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است.

جدول شماره (۴) : شاخص های منتخب امنیت غذایی مناطق مختلف جهان

مناطق سازمان جهانی بهداشت	سال	واحد	جهان	آفریقا		آسیا					آمریکای لاتین و حوزه کارائیب		اقیانوسیه	مناطق توسعه یافته
				شمال افریقا	زیر صحرا	قفقاز و آسیای مرکزی	شرق آسیا	جنوب آسیا	جنوب شرق آسیا	غرب آسیا	آمریکای لاتین	کارائیب		
متوسط کفایت تامین انرژی غذایی	۲۰۱۱-۱۳	درصد	۱۲۲	۱۴۴	۱۱۱	۱۲۵	۱۲۴	۱۰۸	۱۲۱	۱۳۴	۱۲۸	۱۱۴	۱۱۶	۱۳۵
متوسط حجم تولید مواد غذایی	۲۰۰۹-۱۱	یک دلار به ازای هر فرد	۳۰۲	۲۴۵	۱۶۶	۳۰۶	۳۴۵	۱۷۴	۲۷۲	۲۴۷	۴۷۴	۱۸۳	۳۲۱	۴۸۰
سهم انرژی دریافتی از غلات و حبوبات و ریشه ها	۲۰۰۸-۱۰	درصد	۵۱	۶۲	۶۳	۵۵	۵۲	۶۲	۶۳	۵۲	۴۰	۴۳	۵۲	۳۲
متوسط پروتئین تامین شده	۲۰۰۸-۱۰	گرم برای هر فرد در روز	۷۹	۹۳	۵۹	۸۴	۹۴	۶۰	۶۴	۷۹	۸۴	۶۵	۷۱	۱۰۴
متوسط پروتئین تامین شده با منشا حیوانی	۲۰۰۸-۱۰	گرم برای هر فرد در روز	۳۱	۲۲	۱۳	۳۳	۳۶	۱۳	۲۲	۲۴	۴۲	۲۵	۳۵	۶۱
دسترسی به آب آشامیدنی سالم	۲۰۱۱	درصد	۸۹	۹۲	۶۳	۸۶	۹۲	۹۰	۸۹	۹۰	۹۵	۸۲	۵۶	۹۹

جدول شماره (۵): شاخص های تغذیه ای بین المللی براساس سند چشم انداز ۱۴۰۴

کشور	درصد آنتروپومتری کودکان زیر ۵ سال				وزن زمان تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم (LBW)	آئمی کودکان زیر ۵ سال HB<110 g/L	آئمی زنان باردار HB<110 g/L	کمبود ویتامین A در زنان باردار	کمبود ویتامین A در کودکان بیش دبستانی	میانگین امداد کودکان ۶-۱۲	درصد دسترسی خانواده ها به آب آشامیدنی سالم	درصد خانوار مصرف کننده نمک ید دار	شاخص توسعه انسانی (HDI)
	کم وزنی	کوتاه قدی	لاغری	اضافه وزن									
آذربایجان	۸.۴ (۲۰۰۶)	۲۶.۸ (۲۰۰۶)	۶.۸ (۲۰۰۶)	۱۳.۹ (۲۰۰۶)	۹.۷ (۲۰۰۶)	۳۱.۸ (۲۰۰۱)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۲۰۴.۴ (۲۰۰۷)	۸۰ (۲۰۱۰)	۵۳.۸ (۲۰۰۶)	۰.۷۳۴ (۲۰۱۲)
افغانستان	۳۲.۹ (۲۰۰۴)	۵۹.۳ (۲۰۰۴)	۸.۶ (۲۰۰۴)	۴.۶ (۲۰۰۴)	فاقد داده	۳۷.۹ (۲۰۰۴)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۴۹ (۲۰۰۴)	۵۰ (۲۰۱۰)	۲۸ (۲۰۰۴)	۰.۳۷۴ (۲۰۱۲)
اردن	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۱۲.۶ (۲۰۰۷)	۲۰.۱ (۲۰۰۲)	۳۷ (۲۰۰۲)	فاقد داده	۱۵.۱ (۲۰۰۲)	۱۵۴ (۲۰۰۰)	۹۷ (۲۰۱۰)	۸۸ (۲۰۰۲)	۰.۷ (۲۰۱۲)
ارمنستان	۵.۳ (۲۰۱۰)	۲۰.۸ (۲۰۱۰)	۴.۲ (۲۰۱۰)	۱۶.۸ (۲۰۱۰)	۷.۴ (۲۰۰۷)	۳۶.۵ (۲۰۰۵)	۳۸.۶ (۲۰۰۵)	۳.۲ (۲۰۰۵)	۰.۶ (۱۹۹۸)	۳۱۳ (۲۰۰۵)	۹۸ (۲۰۱۰)	۹۷.۱ (۲۰۰۵)	۰.۷۲۹ (۲۰۱۲)
ازبکستان	۴.۴ (۲۰۰۶)	۱۹.۶ (۲۰۰۶)	۴.۵ (۲۰۰۶)	۱۲.۸ (۲۰۰۶)	۴.۸ (۲۰۰۶)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۱۴۱.۲ (۲۰۰۵)	۸۷ (۲۰۱۰)	۵۳.۱ (۲۰۰۶)	۰.۶۵۴ (۲۰۱۲)
امارات متحده عربی	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۶.۱ (۲۰۰۹)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۹۰.۵ (۱۹۹۴)	۱۰۰ (۲۰۱۰)	فاقد داده	۰.۸۱۸ (۲۰۱۲)
ایران	۴.۶ (۲۰۰۴)	۷.۱ (۲۰۰۴)	۴.۸ (۲۰۰۴)	فاقد داده	۷.۲ (۲۰۰۶)	فاقد داده	۲۱.۴ (۲۰۰۱)	فاقد داده	۰.۵ (۲۰۰۱)	۱۶۵ (۲۰۰۱)	۹۶ (۲۰۱۰)	۹۹ (۲۰۰۵)	۰.۷۴۲ (۲۰۱۲)
بحرین	۷.۶ (۱۹۹۵)	۱۳.۶ (۱۹۹۵)	۶.۶ (۱۹۹۵)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۰.۷۹۶ (۲۰۱۲)
پاکستان	۳۰.۹ (۲۰۱۱)	۴۳ (۲۰۱۱)	۱۴.۸ (۲۰۱۱)	۶.۴ (۲۰۱۱)	۳۱.۶ (۲۰۰۷)	۵۰.۹ (۲۰۰۱)	۳۹.۱ (۲۰۰۱)	۷.۸ (۲۰۰۱)	۱۲.۵ (۲۰۰۱)	فاقد داده	۹۲ (۲۰۱۰)	۱۷ (۲۰۰۲)	۰.۵۱۵ (۲۰۱۲)
تاجیکستان	۸.۳ (۲۰۰۹)	۲۸.۸ (۲۰۰۹)	۴.۳ (۲۰۰۹)	۴.۲ (۲۰۰۹)	۹.۷ (۲۰۰۵)	۳۷.۷ (۲۰۰۳)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۶۴ (۲۰۱۰)	۶۱.۹ (۲۰۰۹)	۰.۶۲۲ (۲۰۱۲)
ترکمنستان	۱۰.۵ (۲۰۰۰)	۲۸.۱ (۲۰۰۰)	۷.۱ (۲۰۰۰)	فاقد داده	۴.۲ (۲۰۰۶)	۳۵.۸ (۲۰۰۰)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۱۷۰ (۲۰۰۴)	فاقد داده	۸۶.۵ (۲۰۰۶)	۰.۶۹۸ (۲۰۱۲)
توکیه	۳.۵ (۲۰۰۴)	۱۵.۶ (۲۰۰۴)	۱.۱ (۲۰۰۴)	۹.۱ (۲۰۰۴)	۱۱ (۲۰۰۸)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۷۵ (۲۰۰۲)	۱۰۰ (۲۰۱۰)	۶۸.۹ (۲۰۰۸)	۰.۷۲۲ (۲۰۱۲)
سوریه	۱۰.۱ (۲۰۰۹)	۲۷.۵ (۲۰۰۹)	۱۱.۵ (۲۰۰۹)	۱۷.۹ (۲۰۰۹)	۱۰.۳ (۲۰۰۹)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۹۰ (۲۰۱۰)	۷۹.۳ (۲۰۰۵)	۰.۶۴۸ (۲۰۱۲)
فلسطین	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده
قرقیزستان	۴.۷ (۲۰۰۹)	۲۲.۶ (۲۰۰۹)	۱.۳ (۲۰۰۹)	۴.۴ (۲۰۰۹)	۵.۳ (۲۰۰۶)	۴۹.۸ (۱۹۹۷)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۹۰ (۲۰۱۰)	۷۶.۱ (۲۰۰۶)	۰.۶۲۲ (۲۰۱۲)
قزاقستان	۳.۷ (۲۰۱۱)	۱۳.۱ (۲۰۱۱)	۴.۱ (۲۰۱۱)	۱۳.۳ (۲۰۱۱)	۵.۸ (۲۰۰۶)	۳۶.۳ (۱۹۹۹)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۹۵ (۲۰۱۰)	۹۲ (۲۰۰۶)	۰.۷۵۴ (۲۰۱۲)

جدول شماره (۵): شاخص های تغذیه ای مقایسه ای بین المللی براساس سند چشم انداز ۱۴۰۴

کشور	درصد آنتروپومتری کودکان زیر ۵ سال				وزن زمان تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم (LBW)	آئمی کودکان زیر ۵ سال HB<110 g/L	آئمی زنان باردار HB<110 g/L	کمبود ویتامین A در زنان باردار	کمبود ویتامین A در کودکان ۵-۱۲ ساله	میانگین درصد دسترسی خانواده ها به آب آشامیدنی سالم	درصد خانوار مصرف کننده نمک ید دار	شاخص توسعه انسانی (HDI)
	کم وزنی	کوتاه قدی	لاغری	اضافه وزن								
قطر	۴.۸ (۱۹۹۵)	۱۱.۶ (۱۹۹۵)	۲.۱ (۱۹۹۵)	۱۰.۴ (۱۹۹۵)	۹.۷ (۱۹۹۹)	۳۶.۲ (۱۹۹۵)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۱۰۰ (۲۰۱۰)	فاقد داده	۰.۸۳۴ (۲۰۱۲)
کویت	۲.۲ (۲۰۱۲)	۴.۳ (۲۰۱۲)	۲.۴ (۲۰۱۲)	۹.۵ (۲۰۱۲)	۷ (۱۹۹۸)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۹۹ (۲۰۱۰)	فاقد داده	۰.۷۹ (۲۰۱۲)
گرجستان	۱.۱ (۲۰۰۹)	۱۱.۳ (۲۰۰۹)	۱.۶ (۲۰۰۹)	۱۹.۹ (۲۰۰۹)	۴.۹ (۲۰۰۹)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۹۸ (۲۰۱۰)	۹۹.۹ (۲۰۰۹)	۰.۷۴۵ (۲۰۱۲)
عراق	۷.۱ (۲۰۰۶)	۲۷.۵ (۲۰۰۶)	۵.۸ (۲۰۰۶)	۱۵ (۲۰۰۶)	۱۴.۸ (۲۰۰۶)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۷۹ (۲۰۱۰)	۲۸.۴ (۲۰۰۶)	۰.۵۹ (۲۰۱۲)
عمان	۸.۶ (۲۰۰۹)	۹.۸ (۲۰۰۹)	۷.۱ (۲۰۰۹)	۱.۷ (۲۰۰۹)	۱۱.۵ (۲۰۰۸)	۴۱.۵ (۲۰۰۴)	۴۲.۷ (۲۰۰۰)	فاقد داده	۵.۵ (۲۰۰۴)	۸۹ (۲۰۱۰)	۶۹ (۲۰۰۰)	۰.۷۳۱ (۲۰۱۲)
عربستان سعودی	۵.۳ (۲۰۰۵)	۹.۳ (۲۰۰۵)	۱۱.۸ (۲۰۰۵)	۶.۱ (۲۰۰۵)	۱۱ (۱۹۹۶)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۱۸۰ (۱۹۹۵)	فاقد داده	۰.۷۸۲ (۲۰۱۲)
لبنان	۴.۲ (۲۰۰۴)	۱۶.۵ (۲۰۰۴)	۶.۶ (۲۰۰۴)	۱۶.۷ (۲۰۰۴)	۱۱.۵ (۲۰۰۹)	۲۴.۸ (۱۹۹۸)	۲۰ (۱۹۹۸)	فاقد داده	۹۴.۵ (۱۹۹۷)	۱۰۰ (۲۰۱۰)	۹۲ (۲۰۰۴)	۰.۷۴۵ (۲۰۱۲)
مصر	۰.۴ (۲۰۰۸)	۱.۶ (۲۰۰۸)	۶۷.۸ (۲۰۰۸)	۳۹.۵ (۲۰۰۸)	۱۲.۹ (۲۰۰۸)	۴۸.۵ (۲۰۰۵)	۳۴.۲ (۲۰۰۵)	فاقد داده	۱۱.۹ (۱۹۹۵)	۹۹ (۲۰۱۰)	۷۸.۷ (۲۰۰۸)	۰.۶۶۲ (۲۰۱۲)
یمن	۴۳.۱ (۲۰۰۳)	۵۷.۷ (۲۰۰۳)	۱۵.۲ (۲۰۰۳)	۵ (۲۰۰۳)	۳۱.۹ (۱۹۹۷)	فاقد داده	فاقد داده	فاقد داده	۱۷۳ (۱۹۹۸)	۵۳ (۲۰۱۰)	۲۹.۵ (۲۰۰۳)	۰.۴۵۸ (۲۰۱۲)

نگاهی گذرا به وضعیت غذا و تغذیه در ایران

براساس اطلاعات مرکز ملی آمار، ایران دارای جمعیتی بیش از ۷۵ میلیون نفر است که تقریباً نیمی از آنها جمعیت غیرفعال بوده بخشی از جمعیت فعال نیز بیکار هستند. منابع تامین درآمد خانوارهای شهری نشان میدهد که ۳۴/۲ درصد درآمد از مشاغل مزد و حقوق بگیری، ۲۱/۳ درصد از مشاغل آزاد کشاورزی و غیرکشاورزی و ۴۴/۵ درصد از محل درآمدهای متفرقه تامین شده است. براساس نتایج امارگیری هزینه و درآمد خانوار شهری سال ۱۳۸۹ مرکز آمار ایران متوسط هزینه سالیانه خانوار شهری در مقایسه با سال ۱۳۸۸ در حدود ۱۵ درصد افزایش یافته که در خصوص هزینه خوراکی و دখانی این سهم بیش از ۱۶ درصد افزایش نشان میدهد. سهم هزینه خوراکی نسبت به کل هزینه ها در طبقه متوسط خانوارهای شهری و روستایی در سال ۸۷ به ترتیب ۲۳ درصد و ۳۷ درصد بوده است. در مناطق شهری مخارج غذا بعد از مسکن در رتبه دوم قرار دارد ولی در روستاها مخارج غذا رتبه اول هزینه ای را شامل شده است. درصدی از درآمد که صرف خوراک میشود در طبقه کم درآمد شهری بیش از دوبرابر طبقه پردرآمد شهری است و در جامعه روستایی تفاوت بین طبقه کم درآمد و پردرآمد کمتر از دوبرابر است. در مطالعه سال ۱۳۸۹ مرکز آمار ایران سهم هزینه خوراکی در پایین ترین دهک گروه هزینه بیش از هزینه غیر خوراکی بوده (نردبان نیاز مازلو) و در سایر دهک ها با ارتقای گروه هزینه ای سهم هزینه خوراکی ۳۰ درصد کاهش نشان میدهد. عبارتی شکاف بین طبقات مختلف جامعه شهری بیشتر از جامعه روستایی است. در میان خانوارهای متوسط شهری به ترتیب، برنج، میوه، گوشت قرمز، سبزی ها گوشت مرغ و لبنیات رتبه اول تا ششم هزینه غذا را در بر میگیرد.

این نسبت ها در خانوارهای متوسط روستایی تا حدود زیادی مشابه است ولی در خانوارها با وضعیت درآمدی مختلف کاملاً متفاوت است. آمارهای موجود در کشورمان در زمینه بهداشتی- تغذیه ای نیز حاکی از شیوع سوء تغذیه با شدت و وسعت متفاوت در استانهای کشور است. طی دهه های اخیر علیرغم تلاش ها و اجرای برنامه های مداخله ای متعدد، همچنان شیوع سوء تغذیه نسبتاً بالاست و همزمان کشورمان درگیر شیوع بالای بیماریهای غیرواگیر مرتبط با الگوهای نامناسب غذایی است که اصطلاحاً به آن گذر تغذیه ای می گویند.

براساس نتایج مطالعات الگوی برنامه ریزی و اجرا (مابا) از هر ۱۰ نفر در کشور، دو نفر کمبود دریافت انرژی دارند، چهار نفر اضافه دریافت انرژی دارند و فقط ۴ نفر در سطح مطلوب انرژی دریافت می کنند. درحالی که از نظر دریافت ریزمغذی ها که به نوعی نماینده کیفیت الگوی مصرف غذا است، ۵ نفر دچار کمبود هستند، سه نفر اضافه دریافت داشته و فقط دو نفر در سطح مطلوب مصرف داشته اند. به عبارت دیگر ایران با چالش ناامنی غذایی در دوبردار کمی (دریافت انرژی به منظور رفع گرسنگی) و کیفی (دریافت سایر مواد مغذی علاوه بر انرژی) روبرو است.

براساس یافته های این بررسی کم خونی در کشور شیوع گسترده ای دارد و این نسبت در کودکان زیر ۲ سال از ۶۲ درصد در مناطق روستایی جنوب شرقی کشور (سیستان و بلوچستان، جنوب خراسان و جنوب کرمان) تا ۲۱ درصد در مناطق روستایی مرکزی ایران (یزد، اصفهان، چهارمحال و بختیاری) متغیر است. براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت شیوع آنمی در کودکان

پیش دبستانی ایرانی در گروه متوسط (۳۹/۹ - ۲۰ درصد) و برای زنان باردار در گروه شدید (بیش از ۴۰ درصد) بوده است.

نسبت کودکان قبل از سنین دبستان مبتلا به کمبود روی نیز مقایسه را از ۵۱ درصد در مناطق روستایی زنجان، قزوین و قم تا ۱۵ درصد در مناطق شهری بوشهر، هرمزگان و جنوب خوزستان متفاوت است. در مورد کمبود ویتامین آ نیز تفاوت های منطقه ای محسوسی وجود دارد بطوری که وسعت کمبود این ویتامین در زنان باردار از ۳۴ درصد در مناطق روستایی بوشهر، هرمزگان و جنوب خوزستان تا ۶ درصد در مناطق شهری یزد، اصفهان و مرکز کرمان متفاوت است. بررسی های انجام شده در خصوص شیوع گواتر نیز موید الگوی متفاوتی در مناطق مختلف کشورمان است. گرچه از نظر طبقه بندی های بین المللی کشورمان به عنوان یک کشور موفق در حذف کمبود ید و اختلالات ناشی از آن به حساب می آید ولی این کمبود تغذیه ای همچنان در برخی از مناطق یک معضل مهم بهداشتی است. براساس گزارش چهارمین پایش کشوری برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید در ایران که بر روی دانش آموزان ۸ تا ۱۰ ساله مدارس کشور در سال ۱۳۸۶ انجام شده است، شیوع گواتر در کشور ۶/۵ درصد برآورد شده است. تفاوت واضحی بین مناطق شهری و روستایی و بین دوجنس از نظر شیوع گواتر وجود ندارد و شیوع گواتر در استان های همدان، زنجان، مازندران، کرمانشاه و گیلان بالاتر از ۱۰ درصد برآورد شده است.

الزامات قانونی مرتبط با امنیت غذایی و تغذیه ای در ایران

در کشور ما الزامات قانونی که میتوان گفت پشتوانه اجرایی این مقوله نیز هست فرصتی مغتنم است که بتوان با نگرشی علمی به راهکارهایی عملی برای سیاست گذاری در حوزه امنیت غذا و تغذیه پرداخت. برای اولین بار در قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور تامین امنیت غذایی تبدیل به یک الزام قانونی در کشور شد. در زیر مهمترین الزامات قانونی مرتبط با امنیت غذایی و تغذیه ای در ایران به اختصار آورده شده است.

قانون اساسی

اصل سوم بند ۱۲ قانون اساسی: دولت جمهوری اسلامی ایران موظف است جهت پی ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه براساس ضوابط اسلامی و برای ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هرنوع محرومیت در زمینه تغذیه همه امکانات خود را به کار ببرد.

اصل چهل و سوم: برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران بر اساس ضوابط زیر استوار می شود:

۱ - تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه.

قانون برنامه سوم توسعه اجتماعی اقتصادی جمهوری اسلامی ایران

در اصل ۲۵ قانون برنامه سوم توسعه، ماده ۱۹۷ به موضوع امنیت غذایی و بهبود تغذیه اختصاص داده شده است که به شرح زیر است:

ماده ۱۹۷- به منظور نهادینه کردن امنیت غذا (دسترسی همه افراد جامعه به غذای کافی و سالم) و بهبود تغذیه مردم و کاهش بیماریهای خاص از سوء تغذیه و ارتقای سلامت جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر طی یک سال نسبت به تعیین سبد غذایی مطلوب اقدام کند و برای تحقق آن دستگاههای ذیربط باید اقدامات ذیل را به عمل آورند.

الف- وزارتخانه های فرهنگی و آموزشی و همچنین سازمان صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران موظفند نسبت به ارتقای فرهنگ و آگاهی های تغذیه ای و ارائه آموزش های لازم به منظور ترویج سبد مطلوب غذایی به عموم مردم اقدام کنند.

ب- شورای اقتصاد در توزیع منابع اعتبار یارانه های در مورد مواد غذایی پس از کسب نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی زمینه اجرای سبد مطلوب غذایی را فراهم خواهد کرد.

ج- به منظور رفع سوء تغذیه خانوارهای کم درآمد، یارانه کالاهای اساسی اعطایی به نیازمندان، روستاییان و ساکنین مناطق کمترتوسعه یافته نسبت به سایرین افزایش می یابد.

د- به منظور ارتقای سطح سلامتی مردم موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران موظف است حداکثر تا پایان برنامه سوم استانداردهای ایمنی مواد غذایی را تکمیل و جهت اعمال نظارت بر کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی

به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاههای ذیربط اعلام کند.

ه- ساختار و تشکیلات مناسب امنیت غذا و تغذیه در سطوح ملی و استانی طی مدت شش ماه از تصویب این قانون توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و پس از تأیید سازمانهای امور اداری و استخدامی کشور و برنامه بودجه به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور

ماده ۱۸- دولت مکلف است ظرف مدت ششماه پس از تصویب این قانون برنامه توسعه بخش کشاورزی و منابع طبیعی را با محوریت خودکفایی در تولید محصولات اساسی کشاورزی، تأمین امنیت غذایی، اقتصادی نمودن تولید و توسعه صادرات محصولات کشاورزی ، ارتقای رشد ارزش افزوده بخش کشاورزی حداقل به میزان رشد پیش بینی شده را تهیه و از طریق انجام اقداماتی به مرحله اجرا در آورد. (اقدامات در اصل قانون آورده شده است).

بخش سوم - توسعه سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی

فصل هفتم - ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی

ماده ۸۴ - دولت موظف است به منظور نهادینه کردن مدیریت، سیاستگذاری، ارزشیابی و هماهنگی این قلمرو از جمله: امنیت غذا و تغذیه در کشور، تأمین سبد مطلوب غذایی و کاهش بیماریهای ناشی از سوء تغذیه و گسترش سلامت همگانی در کشور، اقدام های ذیل را به عمل آورد:

ب - «تهیه و اجرای برنامه های آموزشی لازم به منظور ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه.

سازمان صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران و دستگاههای اجرائی مکلفند در تدوین و اجرای برنامه جامع یاد شده با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همکاری و از تبلیغ کالاهای مضر به سلامتی خودداری نمایند.

ج - تخصیص منابع اعتباری، تسهیلات بانکی و یارانه‌ای لازم برای تولید، تأمین، توزیع و مصرف مواد غذایی، در جهت دستیابی به سبد مطلوب غذایی و اختصاص منابع لازم برای شروع و تدارک برای ترویج غذای سالم در قالب میان وعده غذایی دانش‌آموزان و همچنین کمک غذایی برای اقشار نیازمند

د- تهیه و اجرای برنامه‌های:

۱- ایمنی غذا.

۲- کاهش ضایعات مواد غذایی از تولید به مصرف.

قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور

امور اجتماعی (بند ۱۹) شامل ۱۹-۲ و ۱۹-۴ که به ارتقاء امنیت غذایی و سلامت مواد غذایی مربوط است .

امور اجتماعی (بند ب) شامل ۳۴ و ۳۵-۱ و ۳۵-۳ که به رفع محرومیت از قشرهای کم درآمد و کاهش فاصله دهک های بالا و پایین درآمدی جامعه اشاره دارد .

مصوبه شماره ۳۶۰۸۳/۹۶۱۷۰ تاریخ ۸۵/۸/۱۳ دولت در خصوص تهیه نقشه آسیب پذیری و ناامنی غذا و تغذیه کشور توسط سازمان های زیربط در راستای اهداف توسعه هزاره سوم .

قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی با آخرین اصلاحات

در سال ۱۳۹۱ و آیین نامه اصلاحی ماده ۱۳:

این قانون که برای اولین بار در سال ۱۳۴۶ تصویب شده و دارای ۱۸ ماده می باشد اولین مستند قانونی در تضمین تامین ایمنی غذایی در کشور می باشد که بر اساس آئین نامه های متعدد به مورد اجرا گذاشته شده است.

مفاد این قانون و آئین نامه های اجرایی آن از جمله ماده ۱۳ که ناظر بر نحوه احراز تخلف بهداشتی و نحوه مجازات متخلفین است و به نوعی تامین کننده امنیت غذایی در سطح عرضه محسوب می شود به کرات مورد اصلاح مراجع ذی صلاح قانونی گرفته و جهت اجرا به مبادی زیربط ابلاغ شده است.

آخرین اصلاحیه ی ماده مذکور دایر بر پیشگیری از بیماری های منتقله از آب و غذا و ارتقای سطح سلامت و ایمنی غذایی، کاهش خسارات اقتصادی ناشی از درمان موارد بیماری ها و معدوم سازی مواد غذایی غیر بهداشتی و افزایش سطح آگاهی بهداشت عموم جامعه در خصوص مخاطرات عرضه مواد غذایی فاقد مشخصات و شرایط بهداشتی می باشد.

پیشینه مدیریت بهبود تغذیه جامعه در ایران

در کشور ما اقدامات مرتبط با امنیت غذایی در سطح وزارت بهداشت با برگزاری کارگاهی تحت عنوان غذا و تغذیه در برنامه دوم توسعه کشور در سال ۱۳۷۱ آغاز شده است، در این کارگاه به تجزیه و تحلیل سیاست ها و برنامه ها و روشن کردن تنگناها و نیز نحوه فعال کردن شورای غذا و تغذیه پرداخته شد و یکی از توصیه های این نشست پیشنهاد تشکیل کمیته امنیت غذایی خانوار در بطن دبیرخانه شورای غذا و تغذیه کشور بود. به دنبال آن در سال ۱۳۷۳ وزارت کشاورزی موضوع امنیت غذایی در کشور را در نشستی با شرکت تعداد زیادی از صاحب نظران مطرح نمود و این بحث راهمچنان در مستندات علمی و برنامه ریزی خود دنبال کرد. در سال ۱۳۷۵ سازمان برنامه و بودجه وقت ، مسئله فقرزدایی را مطرح و حرکت جدیدی برای کاهش فقر در کشور را به وجود آورد به طوری که در برنامه سوم توسعه، مقابله با فقر به عنوان یک محور عمده در توسعه کشور مطرح شد. در چهارمین کنگره تغذیه ایران در آبان ۱۳۷۵ مقوله امنیت غذا و تغذیه با موضوع اصلی امنیت غذا و تغذیه از علم تا عمل مطرح شد و در قطعنامه این کنگره پیشنهاد گردید که یک طرح مطالعاتی جامع با هدف تدوین الگوی مناسب برنامه ریزی و اجرا گردد که پس از اجرای این طرح، توصیه های حاصل از آن در فرایند تدوین برنامه سوم توسعه مورد استفاده قرار گیرد تا از این طریق در نهادهای مسئول موضوع موثر افتد. در قطعنامه کنگره تغذیه نظر بر این بود که یک طرح مطالعاتی جامع میتواند مسئله را بشکافد، خلاها و نارسایی ها را عیان سازد و الگوی مناسب برنامه ریزی و اجرا را به تصویر بکشد. در همین راستا اجرای یک طرح مطالعات برنامه ریزی بمنظور ایجاد آمادگی لازم برای مشارکت در فرایند

تدوین برنامه توسعه سوم کشور توصیه شد. سازمان برنامه و بودجه که در کنگره شرکت فعال داشت بلافاصله توصیه های آنرا در زمینه مطالعات آماده سازی مورد توجه و حمایت قرار داد و امکانات لازم را برای اجرای یک طرح مطالعاتی در انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور و ارائه آن به فرایند تدوین برنامه توسعه سوم فراهم نمود. نتیجه اینکه طرح مابا در اواخر تابستان ۱۳۷۶ آغاز به کار کرد و در آذر ۱۳۷۷ پایان یافت. (قاسمی ۱۳۷۷). در این طرح با بررسی وضعیت موجود جامعه در چهار حوزه دسترسی اقتصادی (درآمد و قیمت ها) ، دسترسی فیزیکی (غذا درمحل زندگی)، فرهنگ و سواد تغذیه ای و نهایتاً رهایی از بیماری که عوامل تاثیرگذار در تامین امنیت غذا و تغذیه در سطح خانوار می باشند، سعی در ارائه یک الگوی برنامه ریزی و اجرا جهت تحقق اهداف امنیت غذایی در کشور گردید. یکی از مهمترین دستاوردهای این طرح ورود بحث امنیت غذا و تغذیه به برنامه پنج ساله اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور بود.

تحلیل ذینفعان امنیت غذایی و تغذیه ای کشور

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

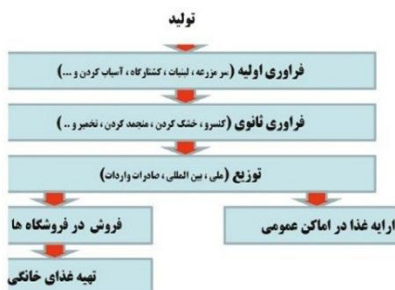
- با توجه به زنجیره غذا دستگاه های مسئول را به ۳ دسته می توان تقسیم کرد:
۱. دستگاه های حاکمیتی مسئول در تغییرات اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فن آوری، بین المللی و محیط زیست موثر بر تغذیه و امنیت غذایی

۲. دستگاه های حاکمیتی مسئول در فرایند اصلی تغذیه و امنیت غذایی
۳. دستگاه ها و سازمان های حمایتی و پشتیبانی در تغذیه و امنیت غذایی

شکل شماره (۲) : زنجیره تامین غذا

زنجیره تامین غذا

تدارک مواد اولیه کشاورزی (مارورکننده ها ، ماروها ، علوفه ، آفت کش و ...)



بدون شک مدیران ارشد نظام سلامت کشور و هیئت محترم دولت متولی اصلی تدوین، حمایت، ابلاغ و پایش سیاست های تغذیه و امنیت غذا در کشور هستند.

مهمترین موضوع این 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. امروز این مفهوم در قالب ابزار ارزیابی اثرات سیاست ها بر سلامت (Health Impact Assessment) به کار گرفته

می شود که در کشور ما هم مطابق قانون برنامه پنجم توسعه بعنوان پیوست سلامت معرفی شده است.

در حال حاضر مجلس شورای اسلامی، مجمع تشخیص مصلحت نظام، وزارت اقتصاد و دارایی (ازجمله سازمان گمرک)، وزارت امور خارجه، سازمان محیط زیست، وزارت تعاون و کار و رفاه اجتماعی، معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری، وزارت کشور (ازجمله سازمان شهرداریها و دهیاریها و استانداران)، سازمان هدفمند نمودن یارانه ها، شورای عالی امنیت ملی، سازمان بازرسی کشور، شورای عالی علوم تحقیقات و فناوری تحت عنوان دستگاه های حاکمیتی مسئول در تغییرات اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فن آوری، بین المللی و محیط زیست موثر بر تغذیه و امنیت غذایی شناخته می شوند.

دستگاه های حاکمیتی مسئول در فرایند اصلی تغذیه و امنیت غذایی:

- ۱- امنیت غذایی (تامین پایدار غذا) :
 - وزارت جهاد کشاورزی از جمله سازمان دامپزشکی، سازمان شیلات و سازمان حفظ نباتات
 - وزارت صنعت، معدن و تجارت
- ۲- ایمنی غذایی :
 - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شامل سازمان غذا و دارو، مرکز سلامت محیط و کار معاونت بهداشت
 - وزارت جهاد کشاورزی از جمله مرکز تعیین حدود حداکثر باقی مانده ها
 - سازمان دامپزشکی شامل مرکز نظارت بر ایمنی مواد غذایی خام دامی

۳- امنیت تغذیه ای:

- وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی: معاونت بهداشت (دفتر بهبود تغذیه جامعه)، معاونت درمان، معاونت آموزشی، معاونت تحقیقات و فن آوری و معاونت توسعه مدیریت و منابع

در حال حاضر نیز دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت به منظور ارتقای تغذیه و امنیت غذایی در کشور ، مجری مداخلات و برنامه های مذکور در جدول شماره ۵ می باشد .

جدول شماره (۶): برنامه های جاری و توسعه ای دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ردیف	نام برنامه	زمان شروع	وضعیت کنونی برنامه			مستندات
			پایوت	ارزشیابی	کشوری	
۱	- برنامه بهبود وضع تغذیه کودکان زیر شش سال - برنامه های ادغام یافته کودک سالم و مانا - پروژه مداخلات همه جانبه بهبود تغذیه و رشد کودکان در استانهای محروم - ادغام مراقبت تغذیه ای کودکان سالم و مبتلا به سوء تغذیه	۱۳۷۹				- نتایج بررسی تن سنجی کودکان ۱۳۷۷ (ANIS) - گزارش پایلوت طرح مشارکتی کاهش سوء تغذیه در ۳ استان - گزارش عملکرد سالیانه
		۱۳۹۱				پروپوزال اجرای طرح
		۱۳۹۱				راهنمای مراقبت تغذیه ای کودک مبتلا به سوء تغذیه شدید، پروپوزال اجرا
۲	- برنامه پیشگیری و کنترل کمبود ریز مغذی ها: - برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید	۱۳۷۰				- گزارش شیوع گواتر ۱۳۶۸ و گزارشات شیوع گواتر و وضعیت نمک های یددار هر ۵ سال (۱۳۷۳، ۱۳۸۰، ۱۳۸۶) - گزارش وضعیت سالیانه ید ادرار دانش آموزان - دستورعمل اجرایی پایش برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید
		۱۳۹۰				پروپوزال طرح، پرسشنامه ها، گزارش پیشرفت طرح
		۱۳۹۰				- پروپوزال اجرای طرح اثربخشی غنی سازی شیر مدرسه با ویتامین د - گزارش اولیه طرح
۳	- پایلوت غنی سازی آرد با روی - برنامه ارتقاء سلامت دانش آموزان - مکمل یاری هفتگی آهن	۱۳۹۱				پیش نویس اولیه طرح
		۱۳۸۰				- گزارش بررسی وضعیت ریز مغذی ها ۱۳۸۰ - گزارش پایلوت برنامه آهن یاری
		۱۳۹۱				پیش نویس پروپوزال اجرای طرح
۴	برنامه تغذیه بالینی	۱۳۸۲				پروتکل استاندارد مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در بیماری های شایع
۵	برنامه سورویلاز غذا و تغذیه	۱۳۸۹				راهنمای راه اندازی سیستم سورویلاز غذا و تغذیه
۶	ادغام برنامه کنترل و پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در	۱۳۹۰				راهنمای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی

ردیف	نام برنامه	زمان شروع	وضعیت کنونی برنامه			مستندات
			پایلوت	ارزشیابی	کسبوری	
	گروههای سنی مختلف در نظام شبکه					پروپوزال اجرای برنامه در استان های پایلوت
۷	- استقرار برنامه اصلاح الگوی مصرف - اصلاح الگوی مصرف شیر و فرآورده های آن، میوه و سبزی	۱۳۹۰				پیش نویس پنج ساله اصلاح الگوی مصرف شیر و فرآورده های آن
	تدوین و توسعه برنامه جامع تولید و ترویج محصولات غذایی حامی سلامت	۱۳۹۱				- گزارش اولین جشنواره ملی شیر و سلامت - قطعه نامه اولین جشنواره ملی شیر و سلامت
	برنامه آزمایشی کاهش مصرف نمک	۱۳۹۰				- راهنمای حمایت خواهی کاهش مصرف نمک - گزارشات بازنگری استاندارد نمک در محصولات غذایی
	برنامه بهبود تغذیه در مراکز جمعی	۱۳۸۷				دستور عمل تغذیه در مراکز جمعی
۸	- برنامه ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه - اجرای طرح های آموزشی ارتقاء سطح فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه و کارکنان از طرق مختلف	۱۳۷۹				- گزارش ۲ بسیج آموزشی یک هفته ای - بسته های آموزشی تهیه شده - کارگاه های آموزشی کارکنان
	تقویت و توسعه برنامه های هدفمند آموزش تغذیه در رسانه های عمومی به ویژه در صدا سیما	۱۳۸۰				تیزر های آموزشی و مطالب آموزشی درج شده در جراید
	استقرار سامانه برنامه های دیجیتالی آموزش تغذیه	۱۳۹۰				- نرم افزار های تغذیه ای - بازی های رایانه ای
	- برنامه امنیت غذایی - نقشه آسیب پذیری و ناامنی غذایی کشور - مدیریت تغذیه در بحران	۱۳۸۶				- دستور عمل اجرایی - جزوه آموزشی
۱۰	برنامه بهبود تغذیه میانسالان و سالمندان	۱۳۸۸				- راهنمای آموزشی تغذیه میانسالان - فرم ارزیابی وضعیت تغذیه میانسالان - کتاب تغذیه سالمندان
۱۱	برنامه بهبود تغذیه مادران باردار و شیرده	۱۳۸۳				- راهنمای وزن گیری مادران باردار - راهنمای نیازهای تغذیه دوران بارداری و شیردهی - گزارش عملکرد توزیع سبد غذایی - تفاهم نامه مشترک با بنیاد علوی - گزارش طرح ارزیابی توزیع سبد غذایی

جدول شماره (۷) : وضعیت شاخص های تغذیه و امنیت غذایی کشور

حیطه	نام شاخص	توصیف و تحلیل (با منبع)
دسترسی فیزیکی و اقتصادی	شاخص تولید (food production index)	شاخص تولید غذا در ایران از ۱۰۸.۲ در سال ۲۰۰۷ به ۱۰۹.۳ در ۲۰۱۰ افزایش یافته است (۱)
	حجم تولید مواد غذایی	غلات: ۲۳۰۰۰ هزارتن، حبوبات: ۷۱۶ هزارتن، سبزی ها: ۱۶۰۰۰ هزارتن (۲)، گوشت قرمز: ۹۳۳/۶ هزارتن، گوشت مرغ: ۱۶۶۶/۵ هزارتن، تخم مرغ: ۷۶۶/۷ هزارتن، شیر: ۱۰۲۴۲ هزارتن، ماهی: ۶۴۹ هزارتن و میگو: ۱۴/۳ هزارتن (۳). تولید گندم و برنج از سالهای ۸۱ تا ۸۸ روند کاهشی داشته است. تولید حبوبات در طی همین سالها روند افزایشی داشته ولی در سالهای اخیر مجددا کاهش پیدا کرده، تولید سیب زمینی کاهش، تولید سبزی نسبت به سال ۸۱ افزایش داشته ولی 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)
	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 فروشگاههای تخصصی: ۵۱۲۹۲۹

جدول شماره (۷) : وضعیت شاخص های تغذیه و امنیت غذایی کشور

حیطه	نام شاخص	توصیف و تحلیل (با منبع)
دسترسی فیزیکی و اقتصادی		، تعداد درسال ۱۳۸۱ (۵)
	درصد خانوارهای زیر خط فقر	سال ۱۳۸۵ - ۱۲/۶ درصد خانوارهای شهری و ۱/۴ درصد خانوارهای روستایی (۶)
	متوسط هزینه خوراکي و دخانی سالانه	متوسط هزینه خوراکي و دخانی سالانه یک خانوار شهری: ۲۶۱۵۷۰۰۰ ریال (۷) و یک خانوار روستایی ۲۶۱۳۷۰۰۰ ریال (۷) متوسط هزینه سهم هزینه خوراک در روستا ۳۷ درصد و در شهر ۲۳ درصد است. (مطالعه سمپات)
	شاخص قیمت غذا food price index شاخص قیمت برای مصرف کننده	عدد شاخص کل بهای کالاهای خوراکي و آشامیدنی در فروردین ۱۳۹۱ : ۳۹۰۴ (۴) یک کیلوگرم مرغ: ۵۲۰۰۰ ریال، یک کیلوگرم تخم مرغ : ۲۲۴۰۰ ریال، یک کیلوگرم گوشت گوسفند : ۲۰۸۵۰۰ ریال، یک کیلوگرم گوشت گاو: ۱۴۸۰۰۰ ریال (۵) شاخص بهای کالاها در فروردین ۹۱ در مقایسه با ماه قبل و سال قبل ۵/۲ و ۳۳ درصد افزایش داشته است.
	ضریب جینی ، یارانه ها	ضریب جینی ۰/۳۷ درسال ۸۰ (۸) با توجه به ۰/۳ کاهش نسبت به سال قبل ، به نظر میرسد شاخص جینی روبه بهبود می باشد.

جدول شماره (۷) : وضعیت شاخص های تغذیه و امنیت غذایی کشور

حیطه	نام شاخص	توصیف و تحلیل (با منبع)
ایمنی غذایی		آلودگی های بیولوژیک ، شیمیایی و فیزیکی ، آلودگی به فلزات سنگین ، آلودگی به سموم قارچ ها و بقایای حشرات و حیوانات مودی ، هورمون ها و پرتوزا ها، آلودگی به ترکیبات بسته بندی ، مواد افزودنی غیر مجازو شیوه دفع ضایعات مواد غذایی.داده های مدونی برای ایمنی غذایی وجود ندارد و پاپراکنده بوده و قابل دسترس نیست.
سواد تغذیه ای، فرهنگ و عادات غذایی	میزان خانوار مصرف کننده نمک پیدار	۹۸ درصد خانوارهای ایرانی (۹)، شاخص های این برنامه حاکی از آنست که ایران در زمره کشورهایی است که اختلالات ناشی از کمبود ید را کنترل کرده است.(۹)
	میزان مصرف نوشابه	۳۳ لیتر، بررسی های وزارت بازرگانی (۱۰) ۵۳.۸ درصد هیچ با یکبار در هفته ، ۱۲/۵ درصد دوبار در هفته، ۲.۷ درصد سه بار در هفته، ۷۸ درصد چهار بار یا بیشتر در هفته (۱۲) نسبت به میانگین سرانه مصرف در دنیا (۳۰ لیتر سالیانه)، هنوز ۳ لیتر بیشتر مصرف میشود(۱۰)
	میزان مصرف کنسرو حاضری و فست فود	۶۶ درصد هیچ بار در هفته، ۱۸ درصد یکبار در هفته، ۹ درصد دوبار در هفته، ۴ درصد سه بار در هفته، ۳ درصد چهار بار یا بیشتر در هفته (۱۲)
	میزان مصرف ماهی	۷/۵ کیلوگرم (سرانه مصرف ماهی در سال) (۳) ۵۳.۳ درصد هیچ بار در هفته، ۲۶.۴ درصد یکبار در هفته، ۱۲.۹ درصد دوبار

جدول شماره (۷) : وضعیت شاخص های تغذیه و امنیت غذایی کشور

حیطه	نام شاخص	توصیف و تحلیل (با منبع)
سواد تغذیه ای،		در هفته، ۴۸ درصد سه بار در هفته، ۲۶ درصد چهار بار یا بیشتر در هفته (میانگین مصرف ماهی در دنیا برابر ۱۶ کیلوگرم و در ایران ۸ کیلوگرم می باشد) (۳۲)
فرهنگ و عادات غذایی	میزان مصرف نمک	۳۹.۷ درصد هرگز، ۲۰ درصد کمتر از یک وعده، ۱۶ درصد یک وعده، ۲۳.۶ درصد دو وعده، ۰.۷ درصد سه وعده (۱۲) میزان مصرف نمک در ایران برابر ۶ کیلوگرم در سال و دوبرابر مصرف کیلوگرم در سال می شد. (۳۳)
	میزان مصرف هله هوله	میزان مصرف چیپس، پفک، آب نبات و شکلات ۵۹.۷ درصد هیچ بار، ۱۱.۹ درصد (یکبار در هفته)، ۱۰.۹ درصد دو بار در هفته، ۷.۱ درصد سه بار در هفته، ۱۱ درصد 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 دروز) (۱۱) گندم، شلتوک، قند و شکر: ۳، حبوبات: ۰.۶، سبزی و میوه: ۲۶، انواع گوشت و تخم مرغ: ۳.۵، شیر: ۷، انواع روغن و چربی: ۱ (اعداد به میلیون تن می باشد) (۳) نان و غلات ۱۱-۶ واحد، میوه ها ۵-۳

جدول شماره (۷): وضعیت شاخص های تغذیه و امنیت غذایی کشور

حیطه	نام شاخص	توصیف و تحلیل (با منبع)
سواد تغذیه ای، فرهنگ و عادات غذایی		واحد، شیر و لبنیات ۲-۳، حبوبات، مغزها و تخم مرغ ۲-۳ واحد در روز، چربی ها، روغن و شیرینی ها مصرف با احتیاط (۳۲) به طور کلی در یک رژیم غذایی متعادل باید ۱۲-۱۵ درصد انرژی مورد نیاز روزانه از پروتئین ۵۰-۶۰ درصد از کربوهیدرات و ۳۰ درصد از چربی تامین شود.(۳۱)
	مصرف سرانه- روزانه و همچنین شاخص مصرف سرانه- روزانه برای انرژی، پروتئین، آهن، کلسیم (توضیح: شاخص مصرف (کل کشور))	انرژی ۲۵۶۳ کیلوکالری 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 ۶۵۰.۵، آهن ۱۷، ویتامین آ: ۷۲۹ (گرم) در روز (۳) میزان استاندارد استفاده دریافتی روزانه اسید چرب اشباع شده: ۲۰، کلسترول: ۰.۳، سدیم ۲.۴، پتاسیم ۳.۵، کربوهیدرات: ۳، فیبر: ۲۵ و پروتئین ۵۰، آهن ۱۸.۰۰، کلسیم ۱ (گرم) می باشد.(۳۰)
	مصرف شیر مادر	۶-۰ ماهه ۵۳/۱ درصد(۱۲) با توجه به گزارش ۲۰۰۵ ایران به یونیسف این میزان ۵۶ درصد بوده که در مقایسه با ترکمنستان ۳۱ درصد(۲۰۰۶)، عراق (۲۰۰۶) ۶ درصد، ترکیه (۲۰۰۸) ۳۹ درصد وضعیت نسبتاً مطلوبی است.(۲۰)

جدول شماره (۷) : وضعیت شاخص های تغذیه و امنیت غذایی کشور

حیطه	نام شاخص	توصیف و تحلیل (با منبع)
سلامت مرتبط با تغذیه	شیوع اسهال در کودکان زیر ۵ سال	۱۳/۵ درصد ، ۹۰ درصد مرگها در کشورهای جنوب آسیا و افریقای زیر صحرا ناشی از اسهال و پنومونی اتفاق می افتد (۲۲)
	مرگ نوزاد، مرگ کودک زیر یکسال	نوزادان: ۱۵/۷، زیر یکسال: ۲۰.۶ (۱۲) که در مقایسه با ترکیه (۱۲ در هزار) کویت (۹ در هزار) وضعیت مطلوبی نمیباشد. (۲۱)
	درصد دسترسی خانواده ها به آب آشامیدنی	۹۶/۸ درصد خانوارها (۱۲)، میزان دسترسی جمعیت شهری به آب آشامیدنی در ایران برابر ۹۸ درصد است که در مقایسه با ترکیه (۱۰۰ درصد) و ارمنستان (۹۹ درصد)، ترکمنستان (۹۷ درصد) در جایگاه مطلوبی قرار گرفته است. (۲۳)
	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 میدهد روند سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال بویژه طی سالهای ۷۷ تا ۸۹ کاهش قابل ملاحظه ای داشته است. کودکان زیر ۵ سال کم وزنی: ۴/۰۸ درصد ، لاغری ۴ درصد ، کوتاه قدی: ۶/۸۳ درصد (۱۱) میزان کودکان کم وزن در سال ۲۰۰۴ برای ایران

جدول شماره (۷) : وضعیت شاخص های تغذیه و امنیت غذایی کشور

حیطه	نام شاخص	توصیف و تحلیل (با منبع)
پیامدهای تغذیه ای (آنتروپومتریک ، ریز مغذی ها و بیماریهای غیرواگیر)		۴/۶ درصد بوده که نسبت به سال ۱۹۹۸ (۹.۵ درصد) و ۱۹۹۵ (۱۳.۸ درصد) شاهد روند روبه بهبود می باشیم. (۲۶). شیوع کم وزنی زیر ۵ سال (۱۳۸۳): ۵/۲۵، شیوع کوتاه قدی زیر ۵ سال (۱۳۸۳): ۴/۷، شیوع لاغری زیر ۵ سال (۱۳۸۳): ۳/۷- کاهش ۵۰ درصدی سوء تغذیه کودکان با اجرای برنامه های مشارکتی حمایتی تغذیه کودکان
توده بدنی (لاغری، اضافه وزن و چاقی) در گروههای سنی و جنسی جامعه		میانگین شاخص توده بدنی ۲۴.۹۳ (۱۲)، درصد افراد با اضافه وزن یا چاق ۴۳.۹۵ (۱۲) میانگین میزان توده بدنی در ایران در طیف ۲۴.۹-۹.۲۹ قرار گرفته که نشاندهنده داشتن اضافه وزن میانگین جمعیت می باشد. در مقایسه با سایر کشورها، تنها جمعیت افریقای جنوبی، افغانستان و پاکستان، هند و چین (آسیای جنوب شرقی) در طیف نرمال قرار گرفته و تقریباً سایر کشورها در کنار ایران جزء جمعیت با اضافه وزن محسوب میشوند. (۲۷) درصد دانش آموزان با BMI پنج درصد و کمتر (وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵) : ۹/۴ درصد دانش آموزان با BMI درصد و بیشتر (وزارت آموزش و پرورش سال ۱۳۸۵): ۷/۰۹ میانگین توده بدنی در سال ۸۳ : ۲۴/۷

جدول شماره (۷): وضعیت شاخص های تغذیه و امنیت غذایی کشور

حیطه	نام شاخص	توصیف و تحلیل (با منبع)
پیامدهای تغذیه ای (آنتروپومتریک ، ریزمغذی ها و بیماریهای غیرواگیر)	میزان تولد نوزاد با وزن کم	LBW: ۷/۷ درصد (۱۱) میانگین میزان کم وزنی هنگام تولد در کشورهای آسیایی ۱۱/۶ درصد می باشد. این رقم برای کشورهای توسعه یافته ۷ بوده و درمورد میانگین جهانی عدد ۱۵/۵ درصد را داریم با توجه به این ارقام ایران در جایگاه مطلوبی قرار دارد. (۲۸)
کمبود آهن، روی ، ویتامین آ، ویتامین د، کلسیم، شیوع گواتر		چهارمین پایش کشوری برنامه IDD: شیوع گواتر: ۵/۷ درصد (کاهش شیوع گواتر از ۶۹ درصد در سال ۶۵ به ۴/۸ درصد در سال ۸۶ به واسطه اجرای برنامه یددار کردن نمک) کمبود روی در زنان باردار میانگین (۳۹ درصد) بیشترین اقلیم: دو و پنج (۵۰ درصد)، کمترین اقلیم شش (۱۴ درصد) کم خونی در زنان باردار میانگین (۲۴ درصد) بیشترین اقلیم: یازده (۳۴ درصد) و کمترین اقلیم هشت و چهار (۱۵ درصد)، کمبود ویتامین آ در زنان باردار میانگین: (۱۶ درصد) بیشترین اقلیم هفت (۳۴ درصد) و کمترین اقلیم نه و شش (۷ درصد) کمبود شدید ویتامین آ در کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه میانگین: (۲ درصد) بیشترین اقلیم پنج (۵ درصد) و کمترین اقلیم یک، چهار و یازده (۱ درصد)، کمبود شدید ویتامین در زنان باردار

جدول شماره (۷) : وضعیت شاخص های تغذیه و امنیت غذایی کشور

حیطه	نام شاخص	توصیف و تحلیل (با منبع)
پیامدهای تغذیه ای (آنتروپومتریک ، ریزمغذی ها و بیماریهای غیرواگیر)		ماهه میانگین (۵۳ درصد) بیشترین اقلیم : هشت (۷۱ درصد) و کمترین اقلیم پنج (۳۱ درصد) کمبود شدید ویتامین در کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه میانگین (۴ درصد) بیشترین اقلیم هشت (۶ درصد) و کمترین اقلیم : شش (۲ درصد) (۱۴) و شیوع گواتر: ۵/۷ (۹)
بیماری های قلبی عروقی ، دیابت، بعضی از انواع سرطانها و...		توزیع فراوانی نسبی سابقه قلبی دیابت برحسب تشخیص پزشک یا سایر کارکنان بهداشتی در شهر و روستا: ۲۰۷ درصد (۱۲)، توزیع فراوانی نسبی استفاده از داروی فشارخون در شهر و روستا: ۳۰۶ درصد (۱۲)، ۳۸ درصد مرگ ها در کشورمان به خاطر بیماریهای قلبی عروقی است. (۱۹)، سن ابتلا به بیماری های غیرواگیر نظیر سرطان پستان، دیابت و بیماریهای قلبی در حال کاهش است (۱۸)، ۴۸/۶ درصد کل مرگهای دنیا به دلیل بیماریهای قلبی عروقی بوده که ۸۰ درصد آن هم در کشورهای در حال توسعه گزارش شده است (۱۹) ، میزان بروز این بیماری در دنیا در حال حاضر یک به هزار است که در کشور ما هم به همین میزان است. (۱۹)

جدول شماره (۷) : وضعیت شاخص های تغذیه و امنیت غذایی کشور

حیطه	نام شاخص	توصیف و تحلیل (با منبع)
پیامدهای تغذیه ای (آنتروپومتریک ، ریزمغذی ها و بیماریهای غیرواگیر)	شیوع بیماریهای ناشی از کمبود مواد مغذی و مرتبط با غذا (Diet-related)	آنمی (فقر آهن و سایر آنمی ها)، هاپیوتیروئیدی مادرزادی ، فنیل کتون اوریا، گواتر درجه ۲ به بالا، دیابت، کمبود ویتامین A (اسکار قرنیه)، سوءتغذیه پروتئین، انرژی، ریکتر سایر بیماریهای غذیه ای و متابولیک ، بیماریهای تغذیه و کم وزنی زمان تولید با تولد به هنگام مطابق جدول شاخص بار بیماریها(پیوست)*
دموگرافیک و سواد	میزان رشد جمعیت	۱.۲۹ درصد (۱۵) میزان رشد جمعیت همانند کشورهای همسایه (به جز افغانستان) حدود ۱ تا ۲ 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 درصد و جمعیت روستایی ۲۸.۵ درصد ، جمعیت غیر ساکن ۰.۱ درصد (۱۶) ، جمعیت شهری کشورهای همسایه مانند ترکیه (۷۰ درصد) ، پاکستان (۳۶ درصد) ، افغانستان (۲۳ درصد) ، عراق (۶۶) میباشد. ژاپن و بیشترین میزان شهرنشینی (بیش از ۷۵ درصد) در قاره امریکا تا حدودید در اروپای غربی دیده میشود. (۳۰)

جدول شماره (۷): وضعیت شاخص های تغذیه و امنیت غذایی کشور

حیطه	نام شاخص	توصیف و تحلیل (با منبع)
	میزان باسوادی	۸۴/۲۶ درصد (۱۲)، میزان باسوادی در جوانان ۱۵-۲۴ ساله در سال ۲۰۰۸ برای ایران ۹۹ درصد بوده است که نشان دهنده وضعیت مطلوب در این گروه سنی می باشد. (۲۵)

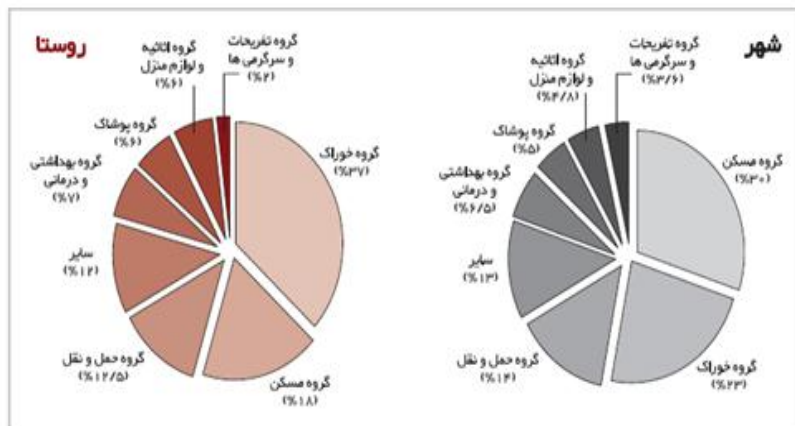
نقشه امنیت غذا و تغذیه کشور

در پژوهش سمپات (سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه در ایران)الگوهای استانی در زیر ساخت های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، جمعیتی، بهداشتی و تغذیه ای مرتبط با امنیت غذایی تعیین گردید و استانها براساس آنالیز های مربوطه از نظر امنیت غذایی به شش گروه رتبه بندی شدند . در این پژوهش از ۱۱۹ متغیر در حیطه های مختلف مربوط به زیر ساخت های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، جمعیتی، بهداشتی و تغذیه ای مربوط به امنیت غذایی استفاده شده است که از این میان تنها ۵۵ متغیر در الگوها دارای همبستگی تشخیص داده شدند. این متغیرها عبارتند از : تولید گوشت، شیر، مرغ و تخم مرغ (هزار تن)، تراکم نسبی جمعیت، نرخ مشارکت اقتصادی استان، نسبت اراضی کشور به مساحت استان، منابع آب های زیر زمینی، نرخ باسوادی نقاط شهری و روستایی، میزان باروری کلی، رشد جمعیت، بعد خانوار، میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده. امید زندگی زنان و مردان، ابتلا به بیماری، درصد تغذیه کودکان با شیر مادر تا یک سالگی، میانگین نمایه توده بدنی، درصد افراد با حداقل ۱۰ دقیقه ورزش در روز، مصرف دخانیات، درصد حاملگی ناخواسته، درصد دانش آموزان با BMI بالای صدک ۹۵ و پایین صدک ۵ ، شیوع کم وزنی - لاغری و کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ سال، میانگین مصرف نان و غلات، سبزی ها، میوه ها، گوشت ها، شیر و لبنیات، چربی و روغن ها و قند و شکر، درصد افراد با دریافت انرژی/ پروتئین/ کلسیم/ آهن/ ویتامین B₁ /B₂ /B₃ /ویتامین C/ ویتامین A / کمتر از ۷۰درصد نیاز روزانه، درصد افراد با دریافت انرژی بیشتر از ۱۲۰درصد انرژی روزانه، درصد نوزادن با وزن زیر ۲۵۰۰ گرم در هنگام تولد، درصد شیوع

گواتر در دانش آموزان ۸ تا ۱۰ سال، میانگین ارتفاع بارش، متوسط هزینه های بهداشتی یک خانوار شهری، هزینه های خوراکی و دখانی سالانه یک خانوار، نسبت دانش آموز به معلم، تعداد تخت موسسات درمانی فعال به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر، میانگین قیمت گوشت گاو/ گوشت گوسفند/ تخم مرغ/ گوشت مرغ در بازار آزاد، سطح زیر کشت دیم در استان، ضریب محرومیت استان، هزینه خوراک به کل هزینه ها در طبقه متوسط شهری/ روستایی و نسبت جمعیت شهری به روستایی. امتیاز هر استان در هر یک از الگوها محاسبه شد و در مرحله ی بعد میانگین هر استان به دست آمد.

نمودار شماره (۱) : سهم مخارج گروههای هزینه ای در طبقه

متوسط خانوارهای شهری و روستایی در سال ۱۳۸۷



پس از درصد بندی امتیازها، استان ها در شش گروه بسیار امن ، امن غذایی نسبتا امن، نسبتا نا امن ، نا امن و بسیار نا امن ، طبقه بندی شدند. نتیجه به شرح جدول ذیل می باشد.

جدول شماره (۸) : طبقه بندی وضعیت امنیت غذایی استان هادر کشور

وضعیت امنیت غذایی	توزیع امتیاز استان ها (صدک)	استان ها
بسیار امن غذایی	کمتر از صدک ۱۶.۷	قم ، اصفهان ، سمنان ، تهران ، یزد
امن غذایی	صدک ۱۶.۷ تا ۳۳.۳	آذربایجان شرقی ، قزوین ، مازندران
نسبتاً امن غذایی	صدک ۳۳.۳ تا ۵۰.۰	زنجان ، آذربایجان غربی ، خراسان رضوی ، خراسان شمالی ، مرکزی ، همدان ، گلستان ، گیلان
نسبتاً ناامن غذایی	صدک ۵۰.۰ تا ۶۶.۶	اردبیل ، چهارمحال بختیاری ، فارس ، کرمانشاه ، کردستان ، لرستان ، خراسان جنوبی
ناامن غذایی	صدک ۶۶.۶ تا ۸۳.۳	خوزستان ، کرمان ، ایلام ، بوشهر
بسیار ناامن غذایی	صدک ۸۳.۳ و بیشتر	هرمزگان ، کهگیلویه و بویراحمد ، سیستان و بلوچستان

همچنین در این پژوهش هزینه های خوراک نسبت به کل هزینه های خانوار نیز مورد بررسی قرار گرفت. یافته های این پژوهش نشان می دهد که سهم مخارج خوراک نسبت به کل هزینه ها در همه ی طبقات شهری و روستایی کاهش یافته است که به معنای بهبود روند امنیت غذایی (نسبت به سال ۷۹) می باشد. گرچه هنوز در اکثر مناطق روستایی کشور بیش از ۳۰ درصد هزینه های خانوار به غذا اختصاص داده شده است.

نقشه ۱: امنیت غذا و تغذیه براساس آنالیز تحلیل عاملی زیر ساخت های کشاورزی ، اقلیمی ، اقتصادی ، اجتماعی ، بهداشتی و تغذیه ای در کشور (پژوهش سمپات :سامانه ملی پایش غذا و تغذیه ایران - ۱۳۹۰)



همانطور که درنقشه فوق ملاحظه می شود براساس یافته های آنالیز تحلیل عاملی ، استان های سیستان وبلوچستان ، هرمز گان و کهگیلویه و بویر احمد در وضعیت بسیار ناامن غذایی قرار دارند . استان های واقع در قسمت های مرکزی نسبت به سایر استان ها وضعیت بهتری دارند . استان های حاشیه شمالی ، شمال غرب و شمال شرق امن و نسبتاً امن هستند .بطوریکه استان های تهران ، اصفهان ، یزد ، قم و سمنان بسیار امن غذایی هستند . استان های جنوبی و جنوب غربی و شرقی نیز نسبتاً ناامن غذایی و ناامن غذایی هستند.

اطلاعات مربوط به میزان شیوع سوء تغذیه براساس آخرین بررسی دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی منتشر شده است . بر اساس این گزارش در استان هایی که میزان شیوع ناامنی بالاتر است میزان شیوع سوء تغذیه نیز بیشتر است. بطوریکه شیوع کم وزنی در استان های قم ، گیلان ، قزوین ، اصفهان و مازندران در کمترین حد و در استان های سیستان و بلوچستان ، ایلام ، خراسان جنوبی ، کرمان و کهگیلویه و بویراحمد بیشترین میزان می باشد . شیوع کوتاه قدی در استان های قم ، گیلان ، مازندران و اردبیل در کمترین میزان و در استان های سیستان و بلوچستان ، ایلام ، خراسان جنوبی ، کرمان و هرمزگان در بالاترین میزان می باشد. شیوع لاغری در استان های مرکزی ، اردبیل ، خراسان رضوی ، گیلان و قم در کمترین حد و در استان های سیستان و بلوچستان ، یزد ، کرمان ، قزوین ، ایلام و هرمزگان در بالاترین حد می باشد .

جدول شماره (۹): میزان امتیاز استان ها در شاخص های مربوط به حیطه تامین غذا (پژوهش سمپات : سامانه ملی پایش غذا و تغذیه ایران -۱۳۹۰)

استان	اراضی کشاورزی ^۱	آبهای زیر زمینی	ارتفاع بارش	تولید پروتئین ^۲	جمعیت شهری به روستایی ^۳	تولید محصولات غذایی ^۴	تولید محصولات صنعتی ^۵	تراکم نسبی جمعیت
تهران	۰/۳۲	۰/۳۷	۰/۴	۱/۰۰	۰/۶۹	۰/۱	۰	۰
آذربایجان شرقی	۰/۶۵	۰/۰۹	۱/۰۰	۰/۵	۰/۰۷	۰/۲	۰	۰/۹۱
اصفهان	۰	۰/۵۸	۰/۴	۰/۷۴	۰/۲۹	۰/۲	۰/۰۴	۰/۹۵
فارس	۰/۶۵	۰/۹	۰	۰/۴۸	۰/۰۴	۱/۰۰	۰/۱۲	۰/۹۹
سمنان	۰	۰/۰۷	۰/۴	۰/۰۸	۰/۱۴	۰/۰۳	۰/۰۲	۱/۰۰
یزد	۰/۳۲	۰/۱۱	۰/۴	۰/۱۲	۰/۲	۰/۰۱	۰	۱/۰۰
قزوین	۰/۶۵	۰/۱۷	۰/۴	۰/۲۴	۰/۰۹	۰/۱۲	۰/۰۳	۰/۹۱
گیلان	۰/۶۵	۰/۰۴	۱/۰۰	۰/۳	۰/۰۲	۰/۱۸	۰	۰/۸۲
مازندران	۰/۳۲	۰/۱۶	۱/۰۰	۰/۶۵	۰/۰۲	۰/۲۸	۰/۰۱	۰/۸۲
آذربایجان غربی	۰/۶۵	۰/۱۷	۱/۰۰	۰/۴۲	۰/۰۴	۰/۱۸	۰/۲۲	۰/۹۱
کرمان	۰	۰/۶۲	۰	۰/۲۶	۰/۰۳	۰/۱۴	۰/۰۱	۱/۰۰
هرمزگان	۰	۰/۱	۰	۰	۰	۰	۰	۱/۰۰
گلستان	۰/۶۵	۰/۰۹	۱/۰۰	۰/۳۵	۰/۰۱	۰/۴۱	۰/۰۶	۰/۹۱
خراسان شمالی	۰/۳۲	۰/۰۶	۱/۰۰	۰/۰۷	۰	۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۹۹
کرمانشاه	۰/۶۵	۰/۱۶	۰/۴	۰/۱۹	۰/۰۷	۰/۳۷	۰/۰۷	۰/۹۱
خراسان رضوی	۰/۳۲	۰/۷۲	۰/۴	۰/۶۴	۰/۰۸	۰/۳۶	۰/۳۵	۰/۹۵
زنجان	۱/۰۰	۰/۰۸	۰/۴	۰/۱۱	۰/۰۴	۰/۱	۰/۰۱	۰/۹۵
قم	۰	۰/۰۳	۰/۴	۰/۱۳	۱/۰۰	۰	۰	۰/۹۱
مرکزی	۰/۶۵	۰/۲۵	۰/۴	۰/۳۲	۰/۱	۰/۱۶	۰/۰۱	۰/۹۵
اردبیل	۱/۰۰	۰	۰/۴	۰/۳	۰/۰۴	۰/۱۷	۰/۰۳	۰/۹۹
خوزستان	۰/۳۲	۰/۰۷	۰	۰/۴۲	۰/۰۷	۰/۶۵	۱/۰۰	۰/۹۵
لرستان	۰/۶۵	۰/۱۹	۰/۴	۰/۳	۰/۰۴	۰/۲۲	۰/۰۴	۰/۹۵
ایلام	۰/۳۲	۰/۰۲	۰	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۰۸	۰	۰/۹۹
بوشهر	۰/۳۲	۰	۰	۰/۰۳	۰/۰۷	۰/۰۱	۰	۰/۹۹
خراسان جنوبی	۰	۰/۰۷	۰/۴	۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۴	۱/۰۰
کردستان	۱/۰۰	۰/۰۹	۰/۴	۰/۱۶	۰/۰۴	۰/۱۸	۰	۰/۹۵
همدان	۱/۰۰	۰/۲۱	۱/۰۰	۰/۳۵	۰/۰۳	۰/۲۵	۰/۰۴	۰/۹۱
چهارمحال بختیاری	۰/۳۲	۱/۰۰	۰/۴	۰/۱۷	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۹۵
کهگیلویه و بویر احمد	۰	۰/۰۳	۰/۴	۰/۰۲	۰	۰/۰۵	۰	۰/۹۵
سیستان و بلوچستان	۰	۰/۱۱	۰/۴	۰/۰۹	۰	۰/۰۳	۰	۱/۰۰

۱) صفر بدترین شرایط در بین استان ها است. ۲) نسبت اراضی کشاورزی به کل مساحت استان ۳) کل تولید پروتئین حیوانی در استان ۴) نسبت جمعیت شهری به روستایی ۵) درصد یاسهم تولید محصولات غذایی کشاورزی در استان مانند گندم ، جو و برنج نسبت به کل کشور ۶) درصد یا سهم تولید محصولات صنعتی کشاورزی استان مانند پنبه و دانه ی کلزا نسبت به کل تولید در کشور .

جدول شماره (۱۰): میزان امتیاز استان ها در شاخص های مربوط به حیطه توان اقتصادی

(پژوهش سمپات : سامانه ملی پایش غذا و تغذیه ایران - ۱۳۹۰)

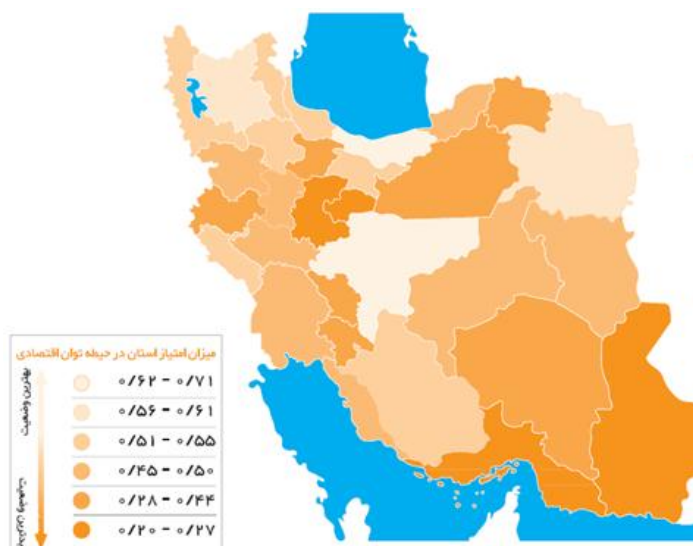
استان	مشارکت اقتصادی ^۱	نرخ پاساژ ^۲	کل هزینه خوراک شهری ^۳	حمایت از خانوارهای روستایی ^۴	حمایت از خانوارهای کوهستان ^۵	قیمت گوشت مرغ ^۶	نسبت دانش آموز به معلم ^۷	ضریب محرومیت ^۸
تهران	۰/۵۸	۱/۰۰	۰/۵	۰/۵۸	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۳۳	۰/۹۸
آذربایجان شرقی	۰/۹۴	۰/۶	۰/۴۲	۰/۳۵	۰/۴۹	۰/۵	۱/۰۰	۰/۹۳
اصفهان	۰/۸	۰/۸۴	۰/۴۹	۰/۵۱	۱/۰۰	۰/۴۲	۰/۲۸	۰/۹۶
فارس	۰/۳۱	۰/۳۳	۰/۵	۰/۴۲	۰/۸۳	۰/۲۶	۰/۲۳	۰/۹۲
سمنان	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۱۷	۰/۰۵	۰/۱۴	۰/۳۴	۰/۶۷	۰/۹
یزد	۰/۶۵	۰/۸۸	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۱۳	۰/۴۲	۰/۶	۱/۰۰
قزوین	۰/۵۱	۰/۸	۰/۸۸	۰/۰۶	۰	۰/۰۱	۰/۶۷	۰/۹۳
گیلان	۰/۹۶	۰/۷۶	۰/۷۱	۰/۲۵	۰/۶	۰/۳۳	۰/۶	۰/۷۱
مازندران	۰/۵۳	۰/۸۷	۰/۶۸	۰/۱۷	۰/۷۶	۰/۶۷	۰/۷۵	۱/۰۰
آذربایجان غربی	۱/۰۰	۰/۴۳	۰/۸۶	۰/۲۳	۰/۵۹	۰/۴۳	۰/۷۱	۰/۹
کرمان	۰/۴۶	۰/۷۱	۰/۲۸	۰/۲۵	۰/۱۵	۰/۳۲	۰/۴۵	۰/۲۵
هرمزگان	۰/۱۶	۰/۷۷	۰/۲۷	۰/۲۰	۰/۳۱	۰/۲۶	۰	۰/۴۲
گلستان	۰/۸۲	۰/۷۴	۰/۲۰	۰/۱۴	۰/۱۹	۰/۶۲	۰/۶۷	۰/۸۹
خراسان شمالی	۰/۶۱	۰/۵۹	۰/۱۸	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۵۴	۰/۸۹	۰/۸۴
کرمانشاه	۰/۳۶	۰/۶۵	۰/۴۹	۰/۳۱	۰/۳۱	۰/۰۷	۰/۴۵	۱/۰۰
خراسان رضوی	۰/۸۴	۰/۸۲	۰/۴	۰/۳۷	۰/۳۶	۰/۵۴	۰/۸۹	۰/۹۱
زنجان	۰/۹۵	۰/۶۶	۰/۷۶	۰	۰/۰۶	۰/۳۹	۰/۶	۱/۰۰
قم	۰/۴۹	۰/۶۲	۰/۱۷	۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۳۱	۰/۷۵	۰/۸۹
مرکزی	۰/۳۰	۰/۶۷	۰/۲۱	۰/۱۷	۰/۴۶	۰	۰/۷۵	۰/۸۳
اردبیل	۰/۹۰	۰/۵۷	۰/۹۴	۰/۲۲	۰/۰۹	۰/۳۲	۰/۵۳	۰/۸۶
خوزستان	۰/۵۵	۰/۶۹	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۳۶	۰/۱۷	۰/۱۵	۰
لرستان	۰/۴۹	۰/۶۳	۰/۶۳	۰/۱۷	۰/۳۲	۰/۷۴	۰/۵۲	۰/۷۲
ایلام	۰/۵۸	۰/۶۷	۰/۸۷	۰/۱۷	۰/۱۵	۰/۵۷	۰/۴۴	۱/۰۰
بوشهر	۰/۵۳	۰/۹۲	۰/۸۵	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۴۲	۰/۳۲	۰/۹۰
خراسان جنوبی	۰/۷۱	۰/۶۸	۰	۰/۲۰	۰/۱۹	۰/۶۳	۰/۸۹	۱/۰۰
کردستان	۰/۷۶	۰/۴۳	۰/۴۸	۰/۲۶	۰/۲۲	۰/۳۱	۰/۶۷	۱/۰۰
همدان	۰/۷۴	۰/۷۲	۰/۴۷	۰/۱۲	۰/۲۳	۰/۰۸	۰/۷۲	۱/۰۰
چهارمحال بختیاری	۰/۶۴	۰/۷۵	۰/۵۹	۰/۱۷	۰/۰۸	۰/۱۴	۰/۰۵	۱/۰۰
کهگیلویه و بویراحمد	۰/۱۶	۰/۷۳	۰/۴۴	۰/۰۸	۰/۱۷	۱/۰۰	۰/۱۷	۱/۰۰
سیستان و بلوچستان	۰	۰	۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۳۷	۰/۶۷	۰/۵۴	۰

(۱)سفر بدترین شرایط و ۱ بهترین شرایط در بین استان ها است. (۲) نرخ مشارکت اقتصادی استان (۳) حمایت خانوارهای نیازمند مدنظر بوده است. (۴)

قیمت گوشت در بازار آزاد مدنظر بوده است. (۵) نسبت دانش آموزان به معلم (۶) ضریب محرومیت شاخصی ترکیبی است که توسط کمیته امداد امام (ره)

محاسبه شده است.

نقشه ۲: نقشه امنیت غذا و تغذیه براساس روش محاسبه نمایه توسعه انسانی در حیطه توان اقتصادی (پژوهش سمپات :سامانه ملی پایش غذا و تغذیه ایران - ۱۳۹۰)



همانطور که نقشه بالا نشان می دهد از نظر شاخص های مربوط به توان اقتصادی ، استان های هرمزگان و سیستان و بلوچستان ، قم ، مرکزی و کرمانشاه بدترین وضعیت و استان های اصفهان ، خراسان شمالی ، مازندران و آذربایجان شرقی بهترین وضعیت را دارند.

جدول شماره (۱۱) : میزان امتیاز استان ها در شاخص های مربوط به حیطه سلامت

(پژوهش سمپات : سامانه ملی پایش غذا و تغذیه ایران - ۱۳۹۰)

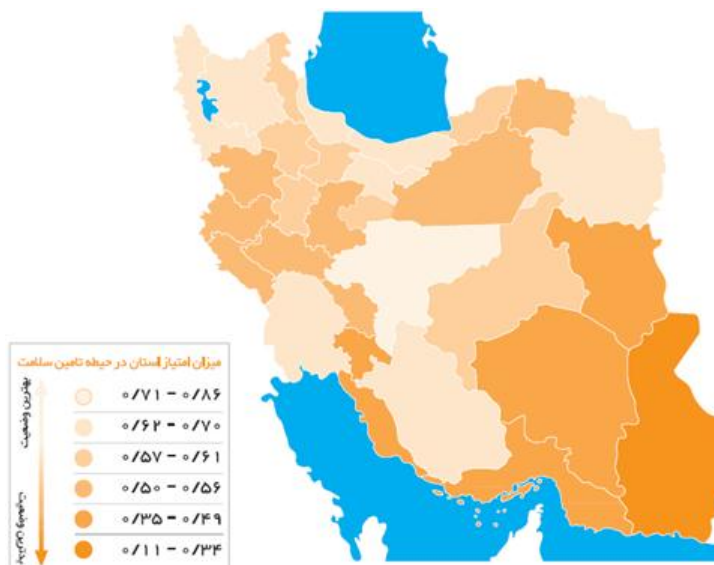
استان	دستابی به آب آشامیدنی ^۱	میانگین هزینه های بهداشتی ^۲	امید زندگی ^۳	مرگ کودکان زیر ۵ سال ^۴	تولید دانش آموزان ^۵ للتری	تولد نوزادان کم وزن ^۶
تهران	۰/۸۹	۰/۶۱	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۷۳	۰/۴۷
آذربایجان شرقی	۰/۸۶	۰/۸۴	۰/۶۶	۰/۶۵	۰/۷۶	۰/۳۶
اصفهان	۰/۹۹	۰/۸۰	۱/۰۰	۰/۹۵	۰/۷۳	۰/۶۶
فارس	۰/۸۷	۰/۶۱	۰/۶۹	۰/۷۵	۰/۰۹	۰/۶۳
سمنان	۰/۹۵	۰/۳۷	۰/۷۹	۰/۸۰	۰/۳۶	۰/۷۸
یزد	۰/۷۷	۰/۴۱	۰/۸۴	۰/۹۰	۰/۶۴	۰/۶۶
قزوین	۰/۹۶	۰/۷۴	۰/۷۳	۰/۸۰	۰/۵۵	۰/۸۵
گیلان	۰/۶۴	۰/۷۰	۰/۷۶	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۷۹
مازندران	۰/۴۴	۰/۶۸	۰/۶۵	۰/۶۵	۱/۰۰	۰/۷۹
آذربایجان غربی	۰/۸۵	۰/۹۸	۰/۵۴	۰/۷۷	۰/۷۷	۰/۳۶
کرمان	۰/۴۷	۰/۶۶	۰/۴۸	۰/۵۰	۰/۶۴	۰/۵۳
هرمزگان	۱/۰۰	۰/۵۸	۰/۴۷	۰/۶۰	۰/۰۹	۰/۴۱
گلستان	۰/۸۲	۰/۴۱	۰/۵۷	۰/۵۰	۰/۴۵	۰/۶۶
خراسان شمالی	۰/۹۳	۰/۴۰	۰/۵	۰/۶۰	۰/۴۵	۰/۷۶
کرمانشاه	۰/۱۶	۰/۵۹	۰/۴۵	۰/۴۵	۰/۶۴	۱/۰۰
خراسان رضوی	۰/۹۰	۰/۲۹	۰/۴۸	۰/۶۰	۰/۲۷	۰/۷۸
زنجان	۰/۸۲	۰/۳۵	۰/۴۹	۰/۵۰	۰/۴۵	۰/۸۵
قم	۰/۹۶	۰/۴۵	۰/۸۲	۰/۸۰	۰/۵۵	۰/۸۵
مرکزی	۰/۴۹	۰/۲۳	۰/۶۳	۰/۶۵	۰/۳۶	۰/۸۵
اردبیل	۰/۶۹	۰/۶۱	۰/۴۶	۰/۵۵	۰/۷۸	۰/۳۶
خوزستان	۰/۷۰	۰/۶۷	۰/۶۵	۰/۶۵	۰/۹۰	۰/۶۰
لرستان	۰	۰/۴۵	۰/۳۹	۰/۲۵	۰/۶۴	۱/۰۰
ایلام	۰/۹۲	۱/۰۰	۰/۰۴	۰/۳	۰/۶۷	۱/۰۰
یوشهر	۰/۵۵	۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۶۵	۰/۲۷	۰/۴۱
خراسان جنوبی	۰/۶۴	۰	۰/۴۴	۰/۶۰	۰/۳۶	۰
کردستان	۰/۸۸	۰/۱۵	۰	۰/۰۵	۰/۶۴	۱/۰۰
همدان	۰	۰/۳۴	۰/۴۴	۰/۵۵	۰/۶۴	۱/۰۰
چهارمحال بختیاری	۰/۴۵	۰/۵۹	۰/۴۹	۰/۶۰	۰/۵۵	۰/۶۶
کهگیلویه و بویراحمد	۰/۳۷	۰/۲۶	۰/۴۶	۰/۲۰	۰	۰/۹۳
سیستان و بلوچستان	۰/۵۲	۰/۱۱	۰/۰۲	۰	۰	۰

(۱) صفر بدترین شرایط و ۱ بهترین شرایط در بین استان ها است (۲) درصد خانوارهای روستایی که آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند (۳) متوسط هزینه

های بهداشتی در یک خانوار روستایی (۴) مجموع متوسط امید زندگی در مردان و زنان در نظر گرفته شده است (۵) مرگ کودکان زیر ۵ سال کل استان

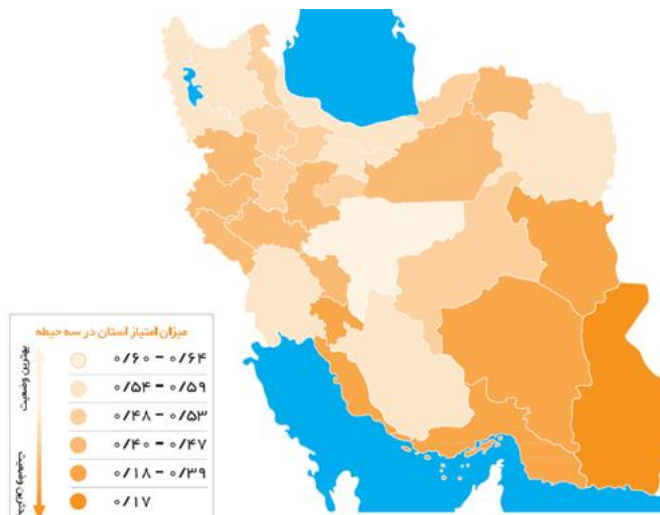
در نظر گرفته شده است (۶) درصد دانش آموزان با BMI پنج درصد و کمتر (۷) درصد تولد نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم هنگام تولد .

نقشه ۳ : نقشه امنیت غذا و تغذیه براساس روش محاسبه نمایه توسعه انسانی در
حیطه سلامت (پژوهش سمپات : سامانه ملی پایش غذا و تغذیه ایران - ۱۳۹۰)



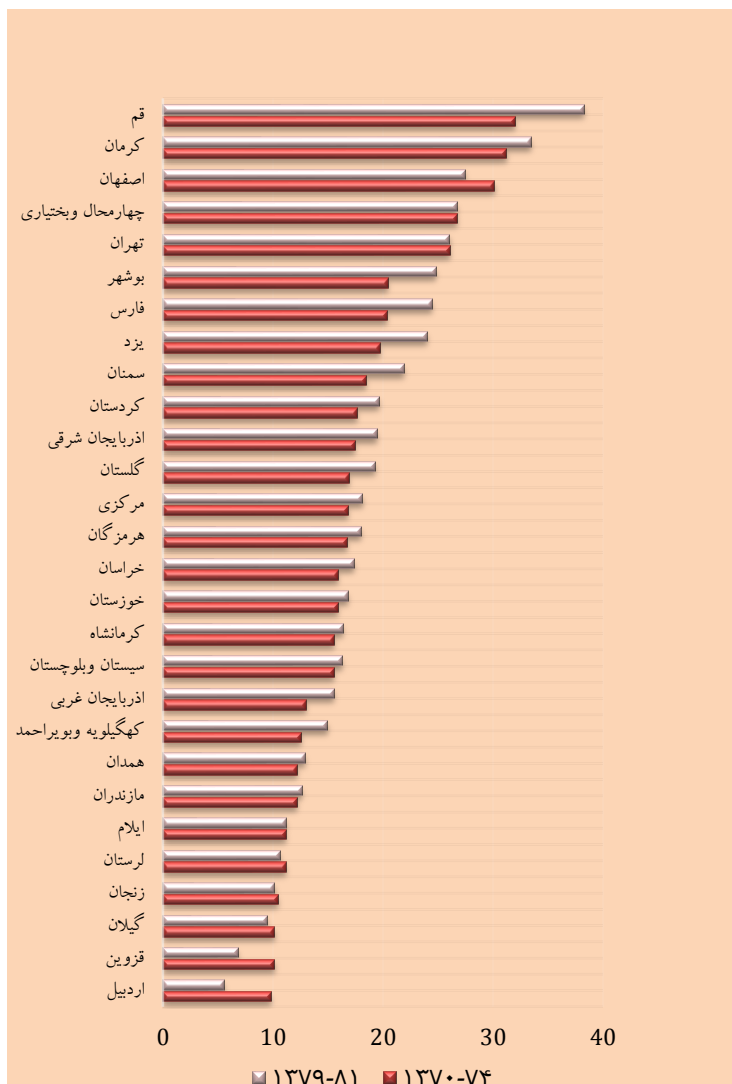
درحوزه شاخص های مربوط به تامین سلامت یا بهره مندی بدن از غذای
خورده شده استان های سیستان و بلوچستان ، خراسان جنوبی ، کهگیلویه و
بویراحمد ، لرستان ، همدان و کرمانشاه بدترین وضعیت و استانه های
اصفهان ، قم ، قزوین ، تهران و گیلان بهترین وضعیت را دارا می باشند.

نقشه ۴: امنیت غذا و تغذیه با روش محاسبه نمایه توسعه انسانی و مجموع امتیاز استان ها در سه حیطه تامین غذا ، توان اقتصادی و تامین سلامت (پژوهش سمپات : سامانه ملی پایش غذا و تغذیه ایران - ۱۳۹۰)



اطلاعات این نقشه براساس مجموع نمایه هر یک از استان ها در سه حیطه تامین غذا ، توان اقتصادی و تامین سلامت بدست آمده است . هر قدر نمایه کل یک استان به یک نزدیک تر باشد وضعیت استان بهتر و هر قدر به صفر نزدیک تر باشد نشان دهنده وضعیت بدتر است. همانطور که ملاحظه می شود نمایه امنیت غذا و تغذیه استان سیستان و بلوچستان بدترین وضعیت و استان اصفهان بهترین وضعیت را دارا می باشد . بطور کلی استان های شمالی و مرکز کشور وضعیت بهتری نسبت به استان های جنوبی و جنوب غربی کشور دارند .

نمودار شماره (۲) : نمودار مقایسه شیوع ناامنی غذایی (متوسط، خفیف، شدید) طی دو بررسی
کشوری (طرح جامع مطالعات مصرف مواد غذایی توسط انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور)



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 بر پایه 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، توصیه های 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 سطح 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 خواری 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 درصد 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 آ و ریبوفلاوین به ترتیب ۴۶ درصد و ۷۰ درصد بود.

سبد مطلوب دوم به سفارش انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور تدوین شد. این سبد توسط اقتصاد دانان با روش اقتصاد سنجی و با در نظر گرفتن بودجه خانوار، فرهنگ و رفتارهای غذایی و نیازهای توصیه شده مواد مغذی کلیدی تدوین شد. ۱۴ ماده غذایی در نظر گرفته شده عبارتند از: نان، برنج، ماکارونی، حبوبات، سیب زمینی، میوه ها، سبزی ها، گوشت قرمز، گوشت سفی، تخم مرغ، لبنیات، روغن های مایع، روغن های جامد و قند و شکر، در این مطالعه تاثیر تغییرات قیمت های مواد غذایی و درآمد مصرف کننده بر تقاضای مواد غذایی سبد نیز بررسی گردید.

سومین سبد غذایی مطلوب غذایی در سال ۱۳۹۱، با توجه به نیازهای انرژی و مواد مغذی کلیدی و استانداردها و توصیه های بین المللی برای کل جمعیت ایران و به تفکیک گروه های سنی-جنسی مختلف تدوین شد. در تدوین این سند از اطلاعات مربوط به تولید و عرضه غذا از ترازنامه های غذایی ۱۳۸۱-۱۳۸۸ و الگوی مصرف خانوارهای ایرانی در سال ۱۳۹۰ استفاده شد. این سبد نیاز به انرژی، پروتئین و مواد مغذی کلیدی، به جز کلسیم و آهن را بررسی می کند. تدوین کنندگان این سبد توصیه می کنند کمبود این دو ماده مغذی از راه غنی سازی مواد خوراکی و مکمل یاری فراهم گردد.

مروری بر نتایج بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد خانوارهای شهری و روستایی و

کارکنان بهداشتی رده های مختلف در خصوص تغذیه (NUTRIKAP):

مطالعه ی بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد خانوارهای شهری و روستایی و کارکنان بهداشتی رده های مختلف در خصوص تغذیه (NUTRIKAP) که توسط دفتر بهبود تغذیه و با همکاری پژوهشکده غدد متابولیسم و درون ریز دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران با هدف تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد خانوارها در خصوص تغذیه در سطح استان های کشور، و کارکنان سطوح مختلف بهداشتی - درمانی در خصوص تغذیه در سطح دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۰ و به منظور طراحی و اجرای مداخلات موثر جهت ارتقاء سلامت تغذیه ای خانوارها انجام شد. واحد آماری در سطح خانوارها شامل خانوارهای عادی ساکن در مناطق شهری و روستایی استان های سراسر کشور (مادر خانوار یا هر فرد بالای ۱۵ سال که وظیفه ی طبخ غذا را بر عهده داشت) و در سطح کارکنان بهداشتی، سطوح مختلف ستادی تغذیه و ارائه دهنده خدمات بهداشتی- درمانی تغذیه ای

شاغل در سطح دانشگاه های علوم پزشکی (کارشناس مسئول تغذیه در ستاد معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی، مربی آموزشگاه بهورزی، کارشناس مسئول تغذیه یا بهداشت خانواده در مرکز بهداشت شهرستان، پزشک و کارشناس مرکز بهداشتی درمانی شهری و مرکز بهداشتی درمانی روستایی، کارشناس و کاردان پایگاه شهری و بهورز خانه بهداشت) بودند.

داده های مورد نیاز در سطح خانوارها از طریق پرسشنامه ای ساختار یافته (structured questionnaire) و با انجام مصاحبه پرسشگران طرح، و در سطح کارکنان بهداشتی رده های پزشک و کارشناس، براساس پرسشنامه ای خود ایفا، صورت پذیرفت.

خلاصه ی یافته ها در سطح کارکنان بهداشتی به شرح زیر است:

- تنها ۴۴ درصد کارکنان در مورد نیاز به مصرف پنج گروه اصلی غذایی در رژیم غذایی روزانه آگاهی دارند.
- تنها ۳۸ درصد کارکنان از منابع پروتئین گیاهی آگاهی دارند.
- ۴۱ درصد کارکنان به دریافت ۲-۴ واحد دریافت روزانه میوه آگاهی دارند ۴۴ درصد کارکنان به دریافت ۳-۵ واحد دریافت سبزی آگاهی دارند.
- تنها ۱۰ درصد کارکنان استاندارد مطلوب اسیدهای چرب ترانس و اشباع در روغن های خوراکی را می دانند.
- ۴۵ درصد کارکنان از نقش آنتی اکسیدانی ویتامین های A و E و نیز سلنیوم آگاهی دارند.
- ۴۷ درصد کارکنان از نقش گوشت مرغ به عنوان منبع خوب آهن هم در مقایسه با منابع گیاهی آگاهی دارند.

- تنها ۳۵ درصد کارکنان به کودک ۱۸ ماهه ای که توانایی تحمل قطره آهن را ندارد، توصیه های مناسب می کنند.
 - ۴۰ درصد کارکنان به مشکل زا نبودن مصرف به ندرت فست فودها اشاره میکنند.
- در مطالعه انجام گرفته در سطح استان آذربایجان غربی، ۲۷۲ خانوار شهری و ۱۸۳ خانوار روستایی (جمعا ۴۵۵ خانوار) مورد بررسی قرار گرفت. خلاصه نتایج بدست آمده در مقایسه با وضعیت کشوری در جدول زیر درج شده است.

جدول شماره (۱۲) : مقایسه نتایج کشوری و استانی "بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد خانوارهای شهری و

روستایی در خصوص تغذیه (NUTRIKAP) " ۱۳۹۰

ردیف	حیطه	عنوان	کشور	استان
۱	آگاهی	درصد خانوارهایی که میوه ها را به عنوان گروه های اصلی غذایی می شناسند	۴۲	۵۲.۱
۲		درصد آگاهی خانوار ها از نقش میوه ها در دریافت فیبر غذایی	۱۰	۱۴.۱
۳		درصد آگاهی خانوار ها از نقش سبزی ها در دریافت فیبر غذایی	۱۹	۲۳.۸
۴		درصد آگاهی خانوار ها از نقش میوه ها در دریافت املاح	۱۶	۲۴.۲
۵		درصد آگاهی خانوار ها از نقش سبزی ها در دریافت املاح	۲۲	۲۸.۴۷

ردیف	حیطه	عنوان	کشور	استان
۶	آگاهی	درصد آگاهی خانوار ها از نقش شیر و لبنیات بعنوان منبع پروتئین	۲۰	۲۲.۹
۷		درصد آگاهی خانوار ها از نقش تخم مرغ بعنوان منبع پروتئین	۳۰	۳۷.۹
۸		درصد آگاهی خانوار ها از نقش سویا بعنوان منبع پروتئین	۴۰	۴۵.۴
۹		درصد آگاهی خانوار ها از روغن حیوانی بعنوان مضرترین روغن خوراکی برای سلامتی	۳۴	۴۲
۱۰		درصد آگاهی خانوار ها در مورد منابع تامین روی	۲۰	۲۰
۱۱		درصد آگاهی خانوار ها از مفهوم فیبر غذایی	۴۲	۱۹.۹

ردیف	حیطه	عنوان	کشور	استان
۱۲	آگاهی	درصد آگاهی خانوار ها از نقش فیبر غذایی در پیشگیری از بیماری های غیر واگیر مثل سرطان، چاقی و اضافه وزن	۲۵	۲۵
۱۳		درصد آگاهی خانوار ها از تاثیر نوشابه های گازدار بر بی اشتهايي و سوء تغذيه	۱۸	۱۷
۱۴		درصد آگاهی خانوار ها از تاثیر نوشابه های گازدار بر از بین رفتن مینای دندان	۱۱	۱۰.۲
۱۵		درصد آگاهی خانوار ها از تاثیرات مصرف بیش از حد غذاهای آماده و سریع در ابتلاء به بیماری های غیر واگیر مثل بیماریهای قلبی - عروقی، سرطان و بیماریهای کبدی	۲۰	۲۰
۱۶		درصد آگاهی خانوار ها از تاثیرات مصرف بیش از حد غذاهای آماده و سریع در مورد چاقی و اضافه وزن	۳۲	۳۶.۳

ردیف	حیطه	عنوان	کشور	استان
۱۷		درصد آگاهی خانوار ها از مفید بودن نور مستقیم آفتاب برای کودکان	۶۸	۷۸.۴
۱۸		درصد آگاهی خانوار ها از تفاوت ارزش تغذیه ای نان سبوس دار و سفید	۶۴	۴۸.۳
۱۹		درصد آگاهی خانوار ها از مضر بودن مصرف نوشابه های گاز دار	۶۰	۷۰.۲
۲۰		درصد آگاهی خانوار ها از متفاوت بودن ارزش غذایی گوشت و قارچ	۲۶	۲۴.۴
۲۱		درصد آگاهی خانوار ها از نحوه نگه داری صحیح نمک ید دار	۳۵	۳۷.۲
۲۲	نگرش	درصد نگرش مطلوب خانوار ها در مورد مصرف لبنیات کم چرب	۲۹	۶۳.۴
۲۳	عملکرد	درصد تغذیه خانوار ها از لبنیات محلی	۳۸	۵۰.۳

ردیف	حیطه	عنوان	کشور	استان
۲۴	عملکرد	درصد استفاده خانوارها از میوه و سبزی تازه به صورت روزانه	۲۶	۸۱.۸۵
۲۵		درصد استفاده خانوارها از شیر، ماست یا پنیر به صورت روزانه	۲۶	۸۹.۹
۲۶		درصد استفاده خانوارها از روغن نباتی جامد برای پخت و پز	۳۱	۳۴.۲
۲۷		درصد استفاده خانوارها از روغن مخصوص سرخ کردنی برای سرخ کردن	۵۵	۶۰.۶
۲۸		درصد استفاده خانوارها از سس مایونز یا سس های آماده بعنوان طعم دهنده سالاد	۴۰	۳۴.۴
۲۹		درصد خانوارهایی که برای شستشوی سبزی خوردن تمام مراحل ۴ گانه (شستشو با آب، انگل زدایی با مایع ظرفشویی، صد عفونی با پرکلرین، شستشوی مجدد با آب) را انجام می دهند	۵	۳.۱

ردیف	حیطه	عنوان	کشور	استان
۳۰	عملکرد	درصد خانوارهایی که برای استفاده از کدو و بادمجان، سیب زمینی، و حتی سبزی، آنرا سرخ می کنند.	۵۰	۶۵.۷
۳۱		درصد خانم های بالای ۵۰ سال که از قرص کلسیم- د به طور نامرتب و گاهگاه استفاده می کنند و یا اصلا استفاده نمی کنند.	۷۹	۷۶.۶
۳۲		درصد خانم های باردار که از قرص های آهن هیچگاه و یا به طور نامرتب و گاهگاه استفاده می کنند.	۴۵	۳۵.۳
۳۳		درصد کودکان ۶ ماهه تا دو ساله که از مکمل آهن هیچگاه و یا به طور نامرتب و گاهگاه استفاده می کنند.	۳۳	۲۰
۳۴		درصد خانوارهایی که همیشه و یا گهگاهی بر سر سفره نمکدان دارند (مصرف نمکدان سر سفره)	۷۷	۹۲.۳

ردیف	حیطه	عنوان	کشور	استان
۳۵		درصد خانوارهایی که نحوه ی دریافت آموزش تغذیه صحیح را از صدا و سیما و جراید و مطبوعات اعلام کرده اند	۶۲	۶۹.۳
۳۶		درصد خانوار هایی که نیاز های آموزشی تغذیه ای خود را « روش صحیح پخت و نگهداری غذا ها» و « اصول و روشهای صحیح تغذیه» عنوان کرده اند .	۵۶	۵۶.۷

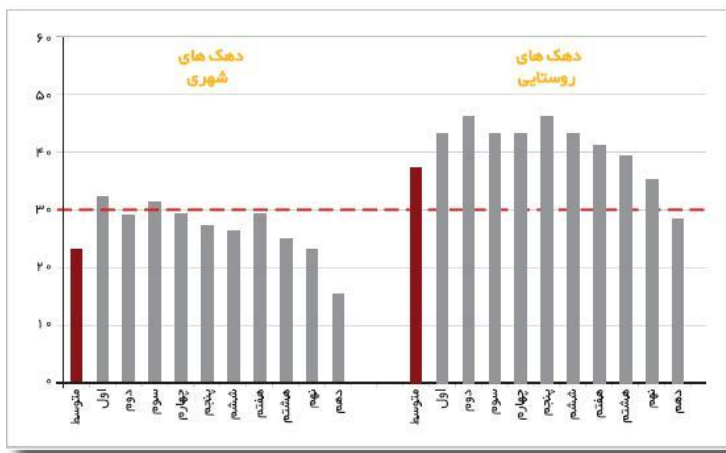
نقشه امنیت غذایی و وضع تغذیه استان آذربایجان غربی

در ادامه گزارش جداول مربوط به سهم اقلام سیزده گانه خوراکی برای دهک های درآمدی استان آذربایجان غربی به تفکیک جامعه شهری و روستایی ارائه گردیده است .

جدول شماره (۱۳): درصد سهم اقلام ۱۳ گانه غذایی در سبد مصرفی دهک های درآمدی
خانوارهای شهری و روستایی استان آذربایجان غربی- سال ۱۳۷۸ (پژوهش سمپات: سامانه ملی
پایش غذا و تغذیه ایران - ۱۳۹۰)

دهک درآمد		متوسط		اول		دوم		سوم		چهارم		پنجم		ششم		هفتم		هشتم		نهم		دهم	
اقلام غذایی ۱۳ گانه		شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا
برنج		۱۳	۱۱	۶	۱۰	۸	۸	۱۱	۹	۱۱	۱۳	۱۱	۱۳	۱۱	۱۵	۱۰	۱۳	۱۱	۱۰	۱۲	۱۲	۱۴	۱۶
نان و آرد گندم		۱۱	۱۶	۲۱	۲۹	۱۸	۲۶	۱۳	۲۳	۱۴	۱۹	۱۳	۱۸	۱۳	۱۶	۱۰	۱۸	۱۱	۱۵	۹	۱۲	۸	۱۲
مالکارونی		۱	۱	۱	۲	۲	۱	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۱	۴	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
گوشت قرمز		۸	۷	۵	۲	۴	۵	۶	۶	۶	۵	۶	۵	۹	۵	۱۰	۸	۸	۷	۱۰	۷	۹	۸
گوشت مرغ		۶	۶	۸	۷	۷	۶	۷	۶	۶	۵	۶	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۶	۶	۵	۵	۸
گوشت ماهی و میگو		۱	۱	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۲	۱	۱	۱	۱	۲	۲	۲	۱
لبنیات		۹	۹	۱۱	۸	۹	۱۱	۱۰	۸	۹	۱۰	۸	۸	۹	۸	۹	۸	۹	۱۰	۱۰	۷	۷	۶
تخم مرغ		۲	۲	۴	۴	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۲	۳	۲	۲	۲	۳	۲	۲	۲	۱
روغن نباتی		۵	۶	۷	۸	۸	۷	۷	۷	۷	۷	۷	۴	۸	۵	۶	۴	۶	۶	۵	۷	۵	۵
میوه و خشکبار		۱۱	۷	۶	۹	۷	۹	۵	۱۲	۸	۹	۷	۹	۷	۱۰	۹	۶	۱۲	۸	۱۲	۸	۱۴	۷
سبزی‌ها		۱۰	۹	۱۲	۱۰	۱۲	۸	۱۱	۱۰	۹	۱۱	۱۰	۹	۱۱	۱۰	۱۰	۹	۹	۹	۱۰	۹	۸	۸
حبوبات		۳	۳	۲	۲	۱	۲	۲	۲	۳	۳	۲	۲	۲	۳	۳	۳	۲	۴	۳	۳	۲	۲
قند و شکر		۲	۴	۳	۳	۳	۳	۴	۲	۲	۴	۳	۴	۳	۴	۲	۴	۲	۳	۲	۴	۲	۳
جمع		۸۳	۸۱	۸۹	۸۵	۸۸	۸۵	۸۷	۸۶	۸۳	۸۴	۸۳	۸۴	۸۳	۸۶	۸۱	۸۴	۷۹	۸۰	۸۴	۸۳	۸۰	۷۵

نمودار شماره (۳): درصد سهم مخارج خوراک در دهک های درآمدی خانوارهای شهری و روستایی
استان آذربایجان غربی (پژوهش سمیات: سامانه ملی پایش غذا و تغذیه ایران - ۱۳۹۰)

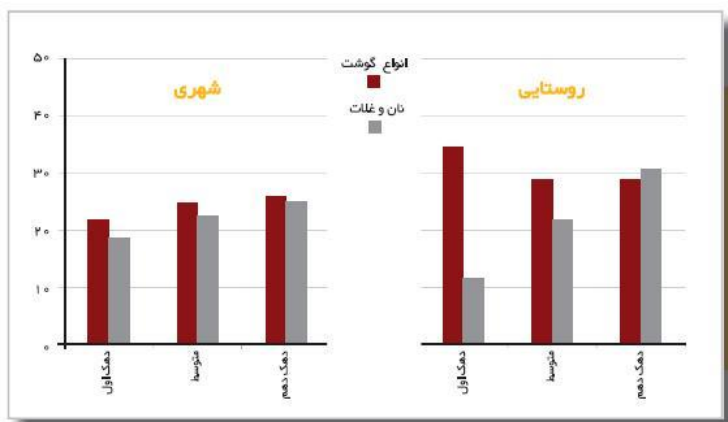


در این استان ۹۰ درصد دهک های درآمدی در خانوارهای روستایی بیش از ۴۰ درصد درآمد خود را صرف تهیه خوراک می کنند. درخانوارهای شهری نیز این رقم در اکثر دهک ها به ۳۰ درصد نزدیک و در دهک های اول وسوم درآمدی از این عدد فراتر رفته است.

نمودار شماره (۴): درصد سهم دوگروه غذایی از کل مخارج خوراکی

خانوارهای شهری و روستایی استان آذربایجان غربی - سال ۱۳۸۷

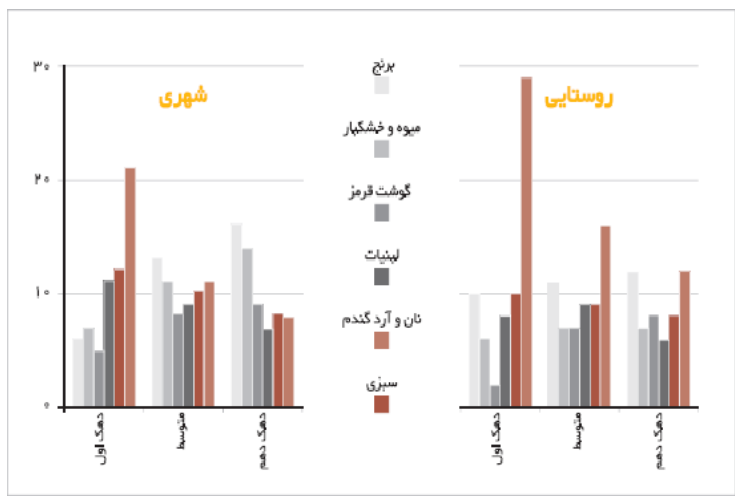
(پژوهش سمپات: سامانه ملی پایش غذا و تغذیه ایران - ۱۳۹۰)



- این دوگروه غذایی بیشترین میزان هزینه خوراک را به خود اختصاص داده اند.

در استان آذربایجان غربی در همه خانوارهای شهری و روستایی هزینه صرف شده برای گوشت بیشتر از نان است. به جز پردرآمدترین طبقه روستایی که هزینه صرف شده برای نان بیشتر از گوشت است.

نمودار شماره (۵) : درصد سهم شش گروه غذایی از کل مخارج خوراکی خانوار
 های شهری و روستایی استان آذربایجان غربی - سال ۱۳۸۷ (پژوهش سمیات
 : سامانه ملی پایش غذا و تغذیه ایران - ۱۳۹۰)



- این شش گروه غذایی بیشترین میزان هزینه خوراک را به خود اختصاص داده اند.

در دهک اول روستایی این استان بیشترین هزینه برای تهیه نان است. در دهک اول شهری و روستایی هزینه کمی برای خرید گوشت قرمز می شود. در دهک دهم شهری برنج و میوه و دهک دهم روستایی برنج و نان بیشترین هزینه را به خود اختصاص داده اند .

در اولین بررسی کشوری که توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت سلامت در سال ۱۳۷۷ (ANIS) انجام شده است نشان می دهد ۱۶/۳ درصد کودکان زیر ۵ سال استان دچار کوتاه قدی متوسط و شدید و ۳/۷ درصد به کوتاه قدی شدید و ۴/۲ درصد کودکان زیر ۵ سال به لاغری متوسط و شدید و ۰/۹ درصد به لاغری شدید و ۸/۶ درصد کودکان زیر ۵ سال به کم وزنی متوسط و شدید و ۱/۷ درصد به کم وزنی شدید و ۲۲/۸ درصد به کم وزنی خفیف مبتلا هستند . مقایسه شاخص های تن سنجی استان آذربایجان غربی با سایر استانها نشان می دهد این استان از نظر شاخص های لاغری در رتبه ۱۸ و از نظر شاخص کوتاه قدی در رتبه ۱۱ و از نظر شاخص کم وزنی رتبه ۱۹ کشوری را به خود اختصاص داده است .

جدول شماره (۱۴): نتایج بررسی های کشوری

مرجع بررسی		عنوان شاخص (استان آذربایجان غربی)
AN IS / ۱۳۸۶	AN IS / ۱۳۷۷	
درصد ۷/۶	درصد ۱۶/۳	درصد شیوع کوتاه قدی
درصد ۶/۴	درصد ۸/۶	درصد شیوع کم وزنی
درصد ۶/۸	درصد ۴/۲	درصد شیوع لاغری

در مطالعه دیگری که سال ۱۳۸۶ در استان آذربایجان غربی انجام پذیرفت درصد شیوع سوء تغذیه کودکان به تفکیک ۱۴ شهرستان استان تعیین گردید . نتایج تعیین شیوع کوتاهی قد در کودکان زیر پنج سال استان آذربایجان غربی براساس اندازه قد کمتر از دو انحراف معیار از میانگین نشان داد که ۸/۷ درصد کودکان از کوتاهی قد متوسط و شدید رنج می برند. این نسبت در کودکان زیر پنج سال شهرستان های مختلف استان توزیع یکنواخت نداشته و شهرستان پیرانشهر با نسبت کوتاه قدی ۳۰/۵ درصد و با تفاوت فاحش نسبت به سایر شهرستانها بالاترین میزان کوتاه قدی را در سطح استان به خود اختصاص داده است . درسوی مقابل کودکان شهرستان نقده با نسبت

۲/۸ درصد کوتاهی قد متوسط و شدید ، مناسب ترین وضعیت استان را دارند . این نسبت در شهرستان ارومیه (مرکز استان) ۵/۷ درصد برآورد گردید . در بررسی تاثیر محل سکونت بر شیوع کوتاه قدی تغذیه ای نتایج بدست آمده نشان داد که کودکان زیر پنج سال ساکن در مناطق شهری شیوع کوتاه قدی تغذیه ای کمتری (۷/۵ درصد) نسبت به ساکنین روستاهای اصلی (۹/۶ درصد) و روستاهای قمر (۱۰/۹ درصد) دارند. درمقایسه شیوع کوتاه قدی تغذیه ای در شهرستان های مختلف استان متاسفانه در دو منطقه شهری و روستایی پیرانشهر بدترین را دارا بود . (۲۹/۷ درصد در نقاط شهری و ۳۳/۹ درصد در مناطق روستایی) می باشد . شیوع کوتاه قدی تغذیه ای در دو جنس نیز متفاوت بود . ۷/۳ درصد از دختران زیر پنج سال ساکن در استان آذربایجان غربی قد کوتاه نسبت به سن دارند ، این در حالی است که ۱۰ درصد پسران از سوءتغذیه مزمن رنج می برند

**جدول شماره (۱۵): شاخص های تن سنجی کودکان زیر ۶ سال استان
آذربایجان غربی - ۱۳۸۶**

نام شهرستان	کوتاه قدی (درصد)	کم وزنی (درصد)	لاغری (درصد)
ارومیه	۵/۹	۷/۷	۶/۷
اشنویه	۸/۷	۷	۷/۲
بوکان	۷/۲	۶/۸	۶/۲
پیرانشهر	۳۴/۱	۵/۸	۲/۲
تکاب	۹/۴	۷/۴	۵
چالدران	۳/۳	۸/۴	۱۲/۳
خوی	۹/۳	۶/۶	۴/۹
سردشت	۵/۱	۱۲/۱	۱۳/۷
سلماس	۵/۹	۶/۲	۵/۹
شاهین دژ	۶	۶/۷	۱۰/۶
ماکو	۴/۴	۵/۱	۱۱/۵
مهاباد	۸/۴	۵/۵	۲/۹
میاندوآب	۳/۳	۱/۵	۶/۳
نقده	۲/۵	۴/۴	۹/۱
استان	۷/۶	۶/۴	۶/۸

در این بررسی شیوع لاغری متوسط و شدید در کودکان زیر پنج سال استان بر اساس اندازه وزن نسبت به قد کمتر از دو انحراف معیار از میانگین ۵/۷ درصد برآورد شد. توزیع شیوع لاغری در کودکان مورد بررسی به نحوی بود که بیشترین نسبت به کودکان ساکن در شهرستان سردشت (۹/۶ درصد) و کمترین آن به کودکان شهرستان ارومیه (۲/۶ درصد) تعلق داشت. محل سکونت تفاوت معنی دار آماری در شیوع لاغری کودکان استان آذربایجان غربی ایجاد نمی کند به نحوی که این نسبت در ساکنین نقاط شهری و روستاهای اصلی ۵/۵ درصد و در روستاهای قمر ۶/۶ درصد برآورد شد. جنس کودکان زیر پنج سال عامل تعیین کننده ای در شیوع لاغری بود. لاغری متوسط تا شدید در ۶/۷ درصد دختران مشاهده شد.

شیوع کم وزنی متوسط و شدید در کودکان زیر پنج سال استان براساس اندازه وزن نسبت به سن کمتر از انحراف معیار از میانگین، ۳/۷ درصد برآورد شد. توزیع شیوع کم وزنی کودکان در شهرستان های استان به نحوی بود که کمترین شیوع سوء تغذیه براساس این شاخص در شهرستان نقده (۰/۲ درصد) و بیشترین شیوع در شهرستان سردشت (۵/۳ درصد) بدست آمد. در توزیع شیوع کم وزنی به تفکیک مناطق شهری و روستایی، نسبت کم وزنی در کودکان زیر پنج سال نقاط شهری، روستاهای اصلی و روستاهای قمر سطح استان به ترتیب ۳/۵ درصد، ۳/۲ درصد و ۵ درصد محاسبه شد که این تفاوت شیوع از نظر آماری معنی دار نبود. در ارزیابی اثر جنس بر کم

وزنی کودکان مورد بررسی نیز تفاوت آماری معنی داری بین شیوع کم وزنی در دختران (۳/۲ درصد) و پسران (۴/۱ درصد) سطح استان مشاهده نشد. در مطالعه دیگری که در جمعیت کودکان ۵۹ - ۶ ماهه مناطق شهری و روستایی شهرستان سلماس براساس راهنمای ملی ارزیابی تن سنجی انجام گرفت شیوع کوتاه قدی ۷.۳ درصد ،شیوع کم وزنی ۲.۳ درصد،شیوع لاغری ۱.۴ درصد، شیوع اضافه وزن ۴ درصد و شیوع چاقی ۱.۱ درصد گزارش گردید.

جدول شماره (۱۶) : شاخص های تن سنجی کودکان زیر ۵ سال ،

مطالعه IrMIDHS – ۱۳۸۹

وزن برای سن		قد برای سن		وزن برای قد	
درصد کم وزنی	درصد کم وزنی شدید	درصد کوتاه قدی	درصد کوتاه قدی شدید	درصد لاغری	درصد لاغری شدید
۴/۰۸	۰/۸۲	۶/۸۳	۱/۹۲	۴/۰۰	۱/۳۹
۳/۴۶	۰/۶۶	۵/۳۸	۱/۶۸	۴/۰۷	۱/۲۷
۵/۱۵	۱/۱۰	۹/۳۳	۲/۳۴	۳/۸۹	۱/۵۸
۴/۰۰	۰/۷۲	۷/۰۴	۱/۷۹	۴/۱۱	۱/۴۰
۴/۱۷	۰/۹۳	۶/۶۱	۲/۰۶	۳/۸۹	۱/۳۷
۱/۹۶	۰/۲۵	۵/۲۲	۱/۰۰	۱/۲۴	۰/۲۵
آذربایجان غربی					

مقایسه شاخص شیوع سوء تغذیه استان با جدول طبقه بندی مناطق برای سوء تغذیه سازمان جهانی بهداشت موید این موضوع است که استان آذربایجان غربی از نظر شاخص لاغری جزو مناطق با شیوع متوسط محسوب می گردد و در شاخص کم وزنی و کوتاه قدی در مناطق با شیوع پایین قرار می گیرد . بررسی دیگری که میزان شیوع سوء تغذیه در سالمندان ۶۵ سال به بالای ساکن کلیه خانه های سالمند شهر ارومیه تعیین شد ، نشان داد که ۴۹/۶۰ درصد سالمندان مبتلا به سوء تغذیه می باشند.

کمبود ریز مغذی ها از جمله کمبود آهن ، روی ، ویتامین A و ویتامین D از مشکلات تغذیه ای شایع در کشور بشمار می رود . پیامدهای زیانبار کمبود ریزمغذی ها از جمله افزایش موارد ابتلا به بیماری ها و مرگ ومیر ناشی از آن ها ، کاهش قدرت یادگیری و افت تحصیلی ، کاهش رشد و نهایتا ناتوانمندی های جسمی و ذهنی روند توسعه کشور را به مخاطره انداخته است . از این رو پیشگیری و کنترل کمبود ریزمغذیها در اولویت برنامه های تغذیه قرار دارد . بررسی ملی تعیین وضعیت ریزمغذی ها در سال ۱۳۸۰ توسط دفتر بهبود تغذیه در ۱۱ اقلیم کشور نشان داده است که در حدود ۴۰ درصد کودکان زیر ۲ سال و حدود ۲۰ درصد کودکان ۶ساله ، نوجوانان و

زنان باردار از کمخونی رنج می برند. کمبود شدید ذخایر آهن نیز در حداقل یک چهارم کودکان و نوجوانان و نیمی از زنان باردار کشور مشاهده می شود. براساس کارشناسان بانک جهانی هزینه ضرر و زیان ناشی از کمبود آهن و کم خونی در کشور سالانه در حدود ۲۸۲ میلیون دلار می باشد. کمبود روی از دیگر مشکلات تغذیه ای شایع در کشور است که در حدود ۳۰ درصد کودکان ۶ ساله و نوجوانان و ۳۹ درصد زنان باردار را مبتلا ساخته است و در برخی مناطق روستایی کشور تا ۶۰ درصد کودکان از کمبود روی رنج می برند. کمبود ویتامین های A و D در مادران باردار کشور به عنوان یک مشکل عمده مطرح است بطوری که براساس شاخص های بیوشیمیایی، در حدود ۱۵ درصد مادران باردار دچار کمبود ویتامین A و در حدود ۳۸ درصد دچار کمبود متوسط و شدید ویتامین D می باشند. آخرین بررسی مصرف مواد غذایی که طی سالهای ۱۳۷۸-۱۳۸۰ توسط انستیتو تحقیقات تغذیه انجام شده است نیز حاکی از کمبود دریافت آهن، کلسیم، ویتامین های A و B₂ در بیش از ۵۰ درصد خانوارهای کشور می باشد. کمبود دریافت کلسیم از علل عمده پوکی استخوان به شمار می رود. گزارشات موجود حاکی از آن است که حداقل ۶ میلیون نفر از مردم کشور دچار پوکی استخوان هستند. که طبق نتایج بررسی مصرف شیرخانوارهای استان آذربایجان غربی در سال

۱۳۹۲، هر فرد روزانه تقریباً نصف لیوان (۱۱۸ میلی لیتر) شیر مصرف می کند که نشانگر مصرف پایین گروه شیر و لبنیات در خانوارها می باشد. اجرای برنامه پیشگیری و کنترل کمبود ید و یددار کردن نمکهای خوراکی طی سالیان گذشته ، شیوع گواتر را به ۹/۸ درصد کاهش داده است . در حال حاضر براساس نتایج آخرین بررسی کشوری انجام شده در حدود ۹۸ درصد مردم کشور نمک یددار مصرف می کنند . در این مرحله پایش مستمر برنامه به منظور حصول اطمینان از دریافت کافی ید در جامعه حائز اهمیت است و باید در زمره برنامه های تغذیه قرار گیرد.

جدول شماره (۱۷) : روند شاخص های مراقبت ید در سطح کشور ۸۶-۱۳۶۸

بعد از مصرف نمک یددار (سال)			قبل از یددار نمودن نمک	شاخص ها	
۱۷	۱۲	۵			
۱۳۸۶	۱۳۸۰	۱۳۷۵	۱۳۶۸	سال	
۹۸	۹۵	۵۰	صفر	درصد خانوارهایی که از نمک یددار استفاده می کرده اند	
۹۳.۵	۹۰.۳	۴۷.۲	۳۲	درجه صفر	درصد شیوع گواتر
۶	۹	۴۴.۸	۱۸	درجه ۱	
۰.۵	۰.۵	۹	۵۰	درجه ۲	
۱۴۰	۱۶۵	۲۰۵	<۱۰۰	میان یدادار دانش آموزان کشور (میکرو گرم در لیتر)	
۱۵.۵	۷.۵	۵.۹	؟	درصد یدادار کمتر از ۵۰ میکرو گرم در لیتر	

در جدول شماره ۱۷ شاخص های برنامه ی پایش ید رسانی کشوری از سال ۱۳۶۸ تا سال ۱۳۸۶ در کشور مورد ارزیابی قرار گرفته و به منظور اطمینان از پایداری این شاخص ها در حد مطلوب و مطابق توصیه WHO ، با نتایج پایش های قبل و بعد از برنامه ید رسانی، مورد مقایسه قرار گرفت.

**جدول شماره (۱۸): وضعیت کم خونی براساس هموگلوبین در
استان آذربایجان غربی—مطالعه پورا، بهار ۱۳۸۰**

کل	زن	مرد	روستا	شهر	گروه سنی
۱۴	۱۸.۳	۹.۳	۱۵.۳	۱۳	میانسالان
۲۳.۶	—	—	۲۷.۴	۲۰.۵	زنان باردار ۵ ماهه و بیشتر
۲۰.۳	۱۸.۸	۲۱.۹	۲۳.۹	۱۷.۳	نوجوانان
۲۱.۶	۲۵.۷	۱۸.۳	۲۳.۷	۱۹.۹	کودکان ۶ ساله
۳۶.۵	۳۷.۳	۳۵.۹	۳۲.۴	۳۹.۶	کودکان ۲۳-۱۵ ماهه

جدول شماره (۱۹): وضعیت کمبود روی در استان آذربایجان غربی -

مطالعه پورا، بهار ۱۳۸۰

گروه سنی	شهر	روستا	مرد	زن	کل
جوانان	۲۴.۳	۴۰.۴	۳۴	۳۰.۴	۳۱.۷
زنان باردار ۵ ماهه و بیشتر	۴۶.۸	۵۴.۱	-	-	۴۹.۸
کودکان ۶ ساله	۳۱.۱	۴۷	۳۸.۱	۳۷.۶	۳۷.۹
کودکان ۲۳-۱۵ ماهه	۳۰.۶	۳۳.۶	۳۳.۶	۳۱.۳	۳۲.۹

مشکل چاقی زمینه‌ساز بسیاری از بیماری‌ها از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، افزایش فشارخون و سرطان‌هاست و ۳۰ درصد علل ابتلا به سرطان‌ها مربوط به چاقی است.

گرایش به طرف مصرف غذاهای آماده، سس‌های چرب، نوشابه‌های گازدار، پیتزاها با پنیرهای چرب و به شدت رو به افزایش است و همراهی این الگوی تغذیه با زندگی کم‌تحرک سن ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر را نسبت به نسل‌های قبل کاهش داده است.

از دیگر تغییرات نامطلوب در رژیم غذایی می‌توان به افزایش انرژی دریافتی از غذای مصرفی (افزایش مصرف موادقندی و چربی‌ها)، و مصرف کم میوه و سبزی اشاره کرد.

لذا اصلاح شیوه زندگی یک راهکار اساسی برای پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر و پیامدهای آن است و رعایت رژیم غذایی مناسب، اولین قدم مثبت در راستای پیشگیری از بیماری‌های فوق است. با توجه به نقش تغذیه به عنوان یک شاخص قابل تغییر و اصلاح در بیماری‌های مزمن که می‌تواند روی سلامت انسان تاثیر مثبت یا منفی بگذارد، سازمان جهانی بهداشت، کشورها را برای طراحی مداخلات گسترده مبتنی بر جامعه در زمینه کاهش مصرف موادقندی، چربی و روغن، افزایش فعالیت بدنی، مصرف بیشتر میوه و سبزی، کاهش نمک در غذاهای فرآوری شده و کاهش مصرف دخانیات برانگیخته است. رژیم غذایی مناسب، ورزش و کاهش مصرف دخانیات مهم‌ترین عواملی هستند که باید به آنها توجه شود.

افزایش بار بیماری‌ها چه به سبب بدخواری و نا ترازای و چه به سبب کمبودهای تغذیه‌ای، هزینه‌های سرسام‌آوری را به دولت تحمیل می‌کند. این هزینه‌ها به صورت سال‌های عمر از دست رفته در نتیجه مرگ‌های زود هنگام و همچنین سال‌هایی که با معلولیت می‌گذرند قابل محاسبه است.

در گزارش جهانی بهداشت سال ۲۰۰۲ به منظور کاهش عوامل خطر و ترویج زندگی سالم از میان ۱۰ عامل خطر، پنج عامل چاقی، فشارخون بالا، کلسترول بالا، و مصرف الکل و دخانیات را به عنوان عوامل خطر بیماری در

دنیا شناسایی کرده‌اند که هر کدام به طور مستقل و اغلب در ترکیب با هم عامل اصلی بروز بیماری‌های مذکور هستند.

مدارک و شواهد علمی نشان می‌دهند که با مصرف رژیم غذایی سالم‌تر، افزایش فعالیت جسمانی و نکشیدن سیگار می‌توان تا ۸۰ درصد از موارد بیماری‌های قلبی عروقی، تا ۹۰ درصد از موارد دیابت نوع دوم و از یک سوم سرطان‌ها پیشگیری کرد.

مصرف میوه و سبزی از اجزای مهم برنامه غذایی سالم است. میوه و سبزی در پیشگیری از بیماری‌هایی مانند بیماری‌های قلبی عروقی و برخی از انواع سرطان‌ها به خصوص سرطان‌های سیستم گوارشی موثر است. اثرات حفاظتی آنها احتمالاً مربوط به آنتی‌اکسیدان‌ها و ریزمغذی‌هایی مانند فلاونوئیدها، کاروتنوئیدها، ویتامین C، فولیک اسید و همچنین فیبرهای غذایی است که در میوه و سبزی به‌وفور وجود دارد. این ترکیبات فعالیت مواد سرطان‌زا را متوقف یا سرکوب می‌کنند.

مصرف کم میوه و سبزی عامل ۱۹ درصد از سرطان‌های دستگاه گوارش، ۳۱ درصد از بیماری‌های ایسکمی قلبی و ۱۱ درصد از سکت‌های مغزی در جهان است. ۲/۷ میلیون از مرگ و میرها در جهان به مصرف کم میوه و سبزی نسبت داده می‌شود.

بیش از ۸۰ درصد از بار بیماری‌هایی که به مصرف کم میوه و سبزی نسبت داده می‌شود ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی و بقیه مربوط به سرطان است.

لذا پرداختن به موضوع بهبود شیوه زندگی بهترین راهکار جهت تامین سلامت آحاد جامعه محسوب می گردد.

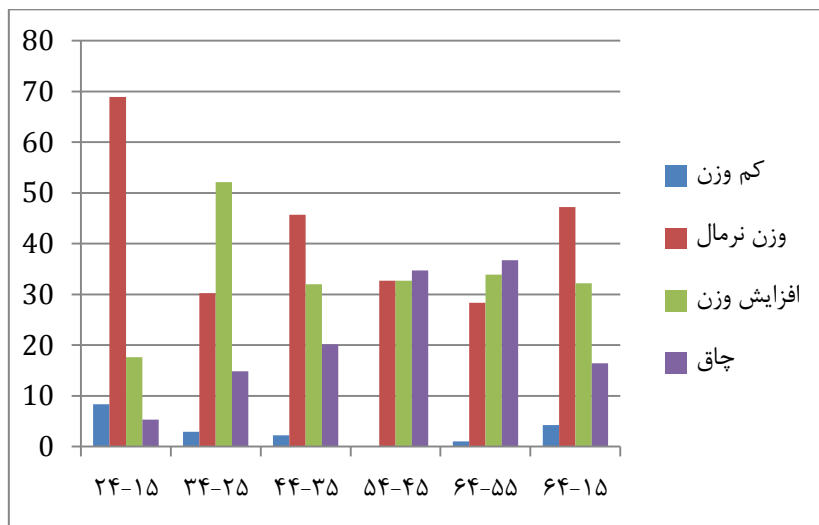
طبق بررسی های انجام یافته در استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۸۸ ، ۵۸/۵ درصد زنان و ۴۱/۵ درصد مردان بررسی شده دارای اضافه وزن و چاق بودند که نسبت به سال ۱۳۸۷ افزایش نشان می دهد .

همچنین در بررسی سال ۱۳۸۸ درصد کسانی که فعالیت فیزیکی کم داشتند در مردان و زنان و در هر دو جنس ۱۵ تا ۶۴ ساله به ترتیب ۵۶ ، ۳۴/۶ و ۴۵/۲ بود.

لذا باتوجه به نتایج حاصله متأسفانه روند افزایش وزن و چاقی و کاهش فعالیت فیزیکی در جامعه مشهود بوده و به نظر می رسد در صورت عدم طراحی مداخلات موثر و تغییر سیاست های مربوط به تغذیه ، تحرک بدنی و ارائه راهکارهای مناسب این روند رو به افزایش ادامه داشته باشد و منجر به افزایش بار ناشی از این عوامل خطر و افزایش بار بیماری های غیرواگیر گردد که نهایتاً کاهش کیفیت زندگی و تحمیل هزینه های بالا را برای جامعه در پی خواهد داشت .

نمودار شماره (۶): توزیع فراوانی نسبی بر حسب BMI و گروه

سنی در استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۸۸



خلاصه

بهبود تغذیه نیازمند یک رویکرد یکپارچه است. در شرایطی که دسترسی به غذا آنچنان ناکافی است که خانواده ها نمیتوانند از توصیه های غذایی که به ایشان میشود پیروی کنند، اینکه به آنها در زمینه تغذیه آموزش دهیم بی معنی است. همچنین، در شرایطی که به خاطر اسهال یا ابتلاء به انگل، با اتلاف شدید مواد مغذی مواجهیم، فراهم آوردن مکمل های غذایی اقدامی تجملاتی است. به طور سنتی آموزش تغذیه و سایر فعالیتهای مرتبط با کودکان متوجه مادران بوده است، اما در بسیاری از موارد پدر یا مادر بزرگ خانواده تصمیم گیرنده اند. بنابراین سایر اعضای خانواده نیز میبایست در فرایند ایجاد تغییرات رفتاری در نظر گرفته شوند. این مثالها بار دیگر توجه ما را به اهمیت یک چهارچوب مفهومی جلب می کنند. تلاشهایی 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.

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 خاص و توانایی پذیرش موقعیت های جدید، تکنولوژی های ابداعی و تغییراتی است که در ساختارهای اداری و نهادی رخ میدهد. این چالش ها عبارتند از:

- ۱- گذر تغذیه ای (nutrition transition): برخی از کشورها تغییری 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 درحال توسعه هم اکنون بار این بیماری و مسائل تغذیه ای مرتبط با آن را همزمان بردوش دارند. غالب شدن بیماری های غیرواگیر نظیر اختلالات قلبی و عروقی و سرطان ها و مرگ ومیر ناشی از آنها، افزایش سریعی داشته است. غلبه بیماریهای عفونی کاهش یافته است اما بسیاری از کشورها با چالش ایدز و اغلب نیز در ابعادی اپیدمیک درگیرند.

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

۳- **شهری شدن :** بیشتر برنامه هایی که در این گزارش مورد بررسی قرار گرفتند(به استثنای برنامه های برزیل ومکزیک) 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 بخودی خود مسائلی را پیش می آورد بخصوص در ارتباط با دسترس پذیری (و مهار) تامین مالی در سطح محلی. تمرکز زدایی 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 تخصصها وجود ندارد.

۵- **پیشرفت های علمی و تکنولوژی های جدید**: در تاریخ علم ، علم تغذیه کودکی بیش نیست. هنوز خیلی چیزها برای فهم وکشف 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 Quesungual جنبه محلی دارند، اما بسیاری و 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- **شرکای جدید:** به طرز روز افزون گرایشی در بسیاری از کشورهای

درحال توسعه و توسعه یافته درحال شکل گیری است، مبنی براینکه آنچه که پیشتر بخشی از حوزه دولتی دانسته میشد به بخش خصوصی واگذار گردد. بسیاری از جنبه های مراقبت از سلامت به شرکت های خصوصی واگذار شده اند و عرضه رایگان مراقبت پزشکی دارد جای خود را به پرداخت شخصی و بیمه های پزشکی خصوصی میدهد. سازمان های مردم نهاد نیز به تدریج خصوصیات کسب و کار های کوچک را به خود میگیرند و از شکل وشمایل 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 سازمانهای مردم نهاد اما برخی شراکت هایی با بخش خصوصی نیز دارند. همچنان که دانشگاهها و موسسات تحقیقاتی نیز انحصار سنتیشان را کنار گذاشته و به حوزه توسعه پا می گذارند شراکتهای آکادمیک نیز به طرز روز افزونی پا می گیرند. سوء تغذیه مانعی برسر توسعه است و حضور آن نشان میدهد که نیازهای پایه ای زیست شناختی برآورده نشده اند. آنچه به عنوان سوء تغذیه شناخته میشود 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 راهبردهای کلی است که جهت حرکت را نشان میدهد. تجربیاتی و درسهایی که آموخته ایم نشان میدهند که برای جبران و ترمیم یک موقعیت به زمان قابل ملاحظه ای نیاز است. (۱۰ سال و بلکه بیشتر)، و این که در تمام طول این دوران یک محیط سیاسی و خط مشی ای پشتیبان قوی اهمیت اساسی دارد. برای این مسئله هیچ راه حل سریعی وجود ندارد. اما زمانی که به اهداف دست می یابیم، اثربخشی ها به احتمال زیاد ماندگار خواهد بود و سرمایه گذاری ای که انجام شده است عایدی قابل ملاحظه ای خواهد داشت.

با توجه به اطلاعات مذکور، وضع موجود امنیت غذایی و تغذیه ای به طور خلاصه در زیر تبیین شده است که مبنای تدوین جهت گیری های سند ملی و استانی تغذیه و امنیت غذا قرار می گیرد:

۱- براساس 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 درصد در سال ۶۵ به ۴/۸ درصد در سال ۸۶ به واسطه اجرای برنامه یددار کردن نمک، بهبود شاخص تولید غذا و توزیع جغرافیایی آن، بهبود مراقبت های زنان باردار و کودکان، بهبود دسترسی به آب آشامیدنی سالم و تغذیه با شیر مادر که در بهبود شاخص تولد نوزاد کم وزن و کاهش بیماریهای 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 خواری 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 بزرگ، کمی میزان مصرف

ماهی و سبزی و میوه تازه همگی در روند افزایش اضافه وزن و چاقی افراد جامعه و بیماریهای غیر واگیر متعاقب آن به ویژه سکتة های قلبی و مغزی، فشار خون، 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 قند، چربی و روغن زیادتر از میزان های توصیه شده در سبد غذایی مطلوب بوده است.

۵- با اینکه کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ سال در سه دهه گذشته روند روبه بهبودی داشته است اما اعدادفعلی 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 سوءتغذیه کودکان بیش از ۳ برابر متوسط کشوری است، وضعیت ریز مغذی ها هم مطلوب نبوده به طوری که در زنان باردار کمبود روی (۳۹ درصد)، کم خونی (۲۱/۴ درصد)، کمبود ویتامین آ (۱۶ درصد) کمبود ویتامین د از نوع حاشیه ای متوسط و شدید (۵/۵ درصد) و در کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه کمبود شدید ویتامین آ (۲ درصد) و کمبود شدید ویتامین د (۴ درصد) می باشد.

۶- قرار گرفتن تقریباً نصف استان های کشور در طیف نسبتاً 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 زیر ساختی 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.

چالش های تغذیه و امنیت غذایی کشور و استان

چنانچه اشاره گردید سیاست ها و برنامه های دولت که با هدف توسعه سلامت تدوین می شوند لازم است دربرگیرنده تدارک غذای سالم ، مناسب و به لحاظ اقتصادی و اجتماعی قابل تامین و قابل دسترسی برای آحاد جمعیت باشد . امنیت غذایی و امنیت تغذیه ای که دو واژه متفاوت و مکمل است از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت محسوب می شوند که تحت تاثیر هر شش عامل بیرونی شامل سیاسی ، اقتصادی ، اجتماعی ، فن آوری ، بین المللی و

اکوسیستم می باشد . به همین دلیل امروزه برنقش همکاری های بین بخشی در برنامه های ارتقای تغذیه و امنیت غذایی تاکید می شود توجه به سلامت جامعه اگر چه یک مسوولیت همگانی است ولی تولی گری وزارت بهداشت ،درمان و آموزش پزشکی بر اساس قانون انتظار از این وزارتخانه را روز به روز بیشتر میکند . تلاش برای اقدام هماهنگ و فراخوان سایر وزارتخانه ها برای انجام مسوولیت های متفاوتی که در حیطه وظایف آنهاست از جمله اقداماتی است که این وزارتخانه باید به انجام آن همت گمارد و نقش بارز خود را از طریق این هماهنگی ها انجام دهد . لذا به همین منظور ضروری است به چالش هایی که در حال حاضر تغذیه و امنیت غذایی کشور با آن روبروست پرداخته شود . چالش های در سه حوزه زیر طبقه بندی گردیده است .

الف) بهبود تغذیه

- گذر تغذیه ای ، تغییرعادات تغذیه ای، رفتار نامناسب تغذیه ای، تغییرالگوی تغذیه در جامعه
- بیش خواری (پر خوری عصبی) ، بدخوری، سیری شکمی به جای سیری سلولی
- چاقی و اضافه وزن، اختلال رشد و افزایش بیماریهای مربوط به کمیت ، کم خواری ، سوء تغذیه و کمبود ریزمغذی ها
- گسترش شدید بیماریهای مزمن مرتبط با تغذیه ، بیماریهای متابولیک ، گسترش بیماریهای غیرواگیر، ابتلا به بیماریهایی که سبب کاهش جذب و دسترسی به مواد مغذی می شود.

- فقدان سبد مطلوب غذایی رسمی خانواده، نداشتن برنامه مناسب برای خوردن، برای گروههای سنی مختلف، عدم استفاده از مواد تغذیه ای بومی و سنتی برای تغذیه سالم و درمان بیماریها
- فقر دانش و فرهنگ تغذیه ای در جامعه، بیسوادی و پایین بودن سواد تغذیه ای ، ناآگاهی تغذیه ای، سواد عمومی میانگین جامعه اثربخشی برای تقاضای سلامت محور از حاکمیت و تولید کنندگان ندارد.
- ضعف جایگاه و نقش تغذیه در پیشگیری، کنترل و درمان بیماریها، بی توجهی به تغذیه در درمان بیماریها، عدم آگاهی از نقش تغذیه در سلامت و بهره وری
- عدم شناخت ساختار ژنتیکی جامعه با رابطه تغذیه، چندبعدی بودن ماهیت غذا و تغذیه
- نداشتن انعطاف ساختارهای تغذیه برای مواجهه با مسائل نوظهور و پیشامدهای تازه، نبودن استانداردهای تغذیه ای جهت غذاهای آماده

(ب) امنیت غذایی

- عدم دسترسی به غذا(فیزیکی و اقتصادی)، قیمت نامناسب موادغذایی و تورم در بخش محصولات غذایی ، نگرانی از تامین پایدار غذا، نبود برنامه ای جامع با پشتوانه ای اجرایی لازم جهت تامین امنیت غذایی در بحرانه

- شناخت ناکافی از سفره غذایی مردم و عادات غذایی، پراکندگی اطلاعات و در دسترس نبودن آمار، گروه‌های مختلف غیرواقعی و ناملموس بودن توصیه‌های آموزشی برای عموم مردم
- ضعف سیاست‌گذاریهای علمی در بخش کشاورزی، صادرات و واردات و نظام توزیع غذا، واردات خلاف مصالح ملی غذا از کشورهای دیگر، ضعف حمایت از تولید محصولات غذایی، تحریم مواد اولیه موردنیاز برای تغذیه بیماران
- زیاد نبودن تعداد مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی، بی توجهی به تغییرات دسترسی جمعیتی، توزیع نامناسب غذا، معدوم شدن میلیون‌ها تن مواد غذایی فاسد در سال
- کوچک بودن واحدهای تولید مواد غذایی، نامناسب بودن انبارهای نگهداری از مواد غذایی، نبود ذخیره‌سازی مناسب مواد غذایی

(ج) ایمنی غذایی

- مشکلات آلودگی زیست محیط مثل آلودگی ناشی از کودها و آب فاضلاب، فلزات سنگین، استفاده بی رویه از سموم استاندارد کشاورزی، آلودگی‌های هوا، آب و خاک، مواد هورمونی، آبیاری مزارع با فاضلاب، آلودگی قارچی دانه‌های روغنی که خود را در محصولات غذایی نشان می‌دهد، کاربرد روز افزون افزودنی‌ها به منظور نگهداری، طعم‌دهی
- موضوع کنترل سلامت بویژه از مزرعه، خاک، آب و آلاینده‌ها و سموم دفع آفات، نبود نظام مدیریت غذا، نبود مرجع یگانه برای

سیاست گذاری ایمنی غذایی ، نبود استانداردهای تولید ، توزیع، عمل فراوری، نبود استانداردها و سیاست های غذایی و تغذیه ایی در زمینه پیشگیری و کنترل بیماریهای مزمن، نبود آزمایشگاه جامع کنترل ، ضعف و یا نبود استانداردها، گایدلاین ها ، پروتکل ها در بخش مشاوره و catering

- ضعف یا نبود پکیج های آموزشی «تغذیه ایمن» ویژه گروههای مختلف
- مجهول بودن مشخصات تولید کننده غذا (شناسنامه تولیدکننده وجود ندارد)
- بی توجهی به حقوق مصرف کننده ، ناآگاهی جامعه درخصوص ایمنی غذایی، نداشتن تعریف شاخص های سلامت غذا ویژه مصرف کنندگان

چشم انداز

سازمانهای اصلی مسئول در امنیت تغذیه و غذای کشور تا پایان سال ۱۳۹۵ توانسته اند با نهادینه سازی همکاریهای بین بخشی و مشارکت مردم ، ضمن بهبود دسترسی فیزیکی و اقتصادی عادلانه به غذا، نشانگرهای کم خوری، پرخوری، بدخوری و پیامدهای آن را (درحد پیش بینی در این برنامه) بهبود دهند و ضمن قراردادادن استان در وضعیت مطلوب امنیت تغذیه و غذا رتبه استان را در کشور ارتقا دهند.

اهداف راهبردی

- ۱- افزایش سواد تغذیه ای گروههای هدف اولویت دار حداقل به میزان ۵۰ درصد سال پایه
- ۲- افزایش میانگین دریافت اقلام اصلی سبد غذایی (میوه ها، سبزی ها، شیر و لبنیات و حبوبات) در خانواده ها حداقل به میزان ۱۵ درصد سال پایه
- ۳- افزایش دسترسی و مصرف غلات سبوس دار به میزان ۲۰ درصد سال پایه
- ۴- کاهش میزان نمک ، قندهای ساده و چربی موجود در فرآورده های غذایی و آشامیدنی به میزان حداقل ۳۰ درصد سال پایه
- ۵- کاهش حداقل ۳۰ درصد از عوامل خطرزای شاخص در محصولات کشاورزی و غذایی به تصویب کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان
- ۶- ابلاغ ضوابط استانداردهای اولویت دار زنجیره غذا به کلیه متولیان و کنترل زنجیره غذا براساس ارزیابی خطر حداقل در ۵۰ درصد مراکز مجری با تعیین اولویتهای توسط کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان
- ۷- اعلان عمومی درجه تولیدکنندگان 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 درصد افراد شناسایی شده

- ۹- حفظ و ارتقای پوشش مصرف نمک یددار تصفیه شده در حداقل ۹۹ درصد خانوارهای استان
- ۱۰- استقرار نظام مدیریت غذا و تغذیه در مدیریت بحران استان (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 استان
- ۱۲- کنترل محلول ها و مکمل های غذایی بیمارستانی مورد نیاز استان براساس ضوابط و استانداردها
- ۱۳- اجرای حداقل ۳۰ درصد استانداردهای مصوب وزارت بهداشت درخصوص خدمات مشاوره تغذیه در کلیه بیمارستانهای استان
- ۱۴- استانداردسازی بخش غذا در بیمارستانها تا انتهای سال ۱۳۹۵
- ۱۵- مقررات و سیاست های بهبود تغذیه اماکن عمومی با اولویت رستورانها ، مهدکودک ها و مدارس ، ابلاغ ، ترویج و حداقل یکبار رصد و بازخورد داده شده است.
- ۱۶- استقرار نظام دیدبانی امنیت تغذیه و غذا و انتشار گزارش سالانه
- ۱۷- تعیین تکلیف و استقرار غنی سازی ، تقویت و توسعه مکمل یاری برای ریزمغذی های آهن ، روی، ویتامین آ و ویتامین د در صنایع غذایی و مراقبت های اولیه
- ۱۸- کاهش شیوع سوء تغذیه ، پروتئین و انرژی در کودکان زیر ۵ سال ، مادران باردار و سالمندان به میزان ۳۰ درصد سال پایه
- ۱۹- کاهش شیوع بیماریهای ناشی از غذا به ۲۰ درصد سال پایه

۲۰- افزایش انتخاب آگاهانه مردم با استفاده از برچسب گذاری به میزان

۵۰ درصد سال پایه

۲۱- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی در کودکان ، نوجوانان ، جوانان ،

میانسالان و سالمندان به میزان ۳۰ درصد سال پایه

۲۲- کاهش شیوع کمبود ریزمغذی های شایع (ید، آهن، روی، ویتامین

د و ویتامین آ) در کودکان زیر ۶ سال نوجوانان ، زنان باردار و

شیرده به میزان ۲۰ درصد سال پایه

۲۳- کاهش شیوع گواتر در دانش آموزان ۸ تا ۱۰ ساله به میزان

۱۰ درصد وضع موجود

۲۴- بهبود کیفیت غذا در ۵۰ درصد غذاخوریهای دانشگاهها ، کارخانه

ها، بیمارستانها، اداره ها، سربازخانه ها، زندان ها و رستوران های

عمومی

۲۵- ارتقای شاخص های تغذیه بیمارستانی به میزان حداقل ۳۰ درصد

روند استقرار سند استانی تغذیه و امنیت غذایی

سند استانی تغذیه و امنیت غذایی با پشتوانه اجرایی سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور (مواد ۳۲، ۳۴، ۳۷، ۱۴۳، ۱۴۵ و ۱۴۵ قانون برنامه پنجم توسعه، سیاست شماره ۹ نقشه تحول نظام سلامت (مصوب هیئت محترم دولت در فروردین ۱۳۹۱) و اولویت های علم و فناوری در نقشه جامع علمی کشور (مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی در توسعه آموزش ها و پژوهش های حوزه تغذیه) تدوین گردیده است. این سند علاوه بر ارائه اطلاعاتی در خصوص شاخص های امنیت غذایی در جهان و کشور، به وضعیت شاخص های غذا و تغذیه استان نیز اشاره نموده است. امید است با نهادهای سازش همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم در حوزه تغذیه و امنیت غذایی، ضمن بهبود دسترسی فیزیکی و اقتصادی عادلانه به غذا، نشانگرهای محیطی و رفتاری (به ویژه فرهنگ و سواد تغذیه) را در حد پیش بینی سند، استقرار برنامه های پیشنهادی ذیل نیز فراهم گردد.

حوزه های عملیاتی

الف - حوزه امنیت (تأمین پایدار) غذا

➤ دستگاه های مسئول

- سازمان جهاد کشاورزی
- سازمان صنعت معدن و تجارت
- اداره کل امور اقتصاد و دارایی
- سازمان بهزیستی
- محیط زیست
- کمیته امداد امام (ره)

➤ محورهای کلی

- تولید محصولات کشاورزی سالم
- فراهمی اقلام اصلی غذایی و تضمین بازار مناسب
- تولید محصولات غذایی سالم
- غنی سازی اجباری و اختیاری غذاهای اصلی و تکمیلی
- ابزارهای اقتصادی موثر بر تغذیه سالم (حمایتی و نظارتی)
- برنامه مدیریت اثر تغییرات آب و هوا بر غذا

ب - حوزه ایمنی غذا

➤ دستگاه های مسئول

- دانشگاه علوم پزشکی
- اداره کل استاندارد و تحقیقات صنعتی

- اداره کل دامپزشکی

- اداره کل شیلات و آبزیان

- سازمان صنعت، معدن و تجارت

- مجامع امور صنفی

➤ محورهای کلی

- شبکه پایش غذا

- برچسب گذاری محصولات غذایی

- ارتقا سطح ایمنی و کاهش عوامل خطرزای شاخص در محصولات

غذایی و کشاورزی اولویت دار

- درجه بندی دوره ای مراکز تولیدی خوراکی و آشامیدنی

- غذای سالم و ایمن در عرضه

- استاندارد سازی زنجیره غذا

ج- بهبود تغذیه

➤ دستگاه های مسئول

- دانشگاه علوم پزشکی
- سازمان آموزش و پرورش
- سازمان جهاد کشاورزی
- دانشگاه ارومیه
- سازمان بهزیستی
- کمیته امداد امام(ره)
- صدا و سیما (مرکز ارومیه و مهاباد)

➤ محورهای کلی

- سلامت تغذیه ای از آغاز زندگی
- سیاست ها و راهنماهای غذا و تغذیه
- ارتقای سواد تغذیه ای جامعه
- ارتقاء سواد و تشویق فراهم آوردن غذا
- تضمین هم افزایی درون و برون بخشی تغذیه سالم
- برقراری برنامه های حمایت از گروههای فقیر و آسیب پذیر
- مراقبت تغذیه ای گروههای سنی دربرنامه پزشک خانواده ونظام
- ارجاع
- بهبود کیفیت خدمات تغذیه وایمنی غذا در بیمارستان
- مدیریت تغذیه دربحران

منابع :

١. Rokx C. 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; ٢٠٠٠.
٢. Cannon G. Food, Nutrition, Physical activity and prevention of cancer; ٢٠٠٧. Available from: www.aicr.org/research/research_science_expert_report.html
٣. WHO. A Review of Nutrition Policies. WHO. Geneva; ٢٠١٠. Available from: http://www.who.int/nutrition/EB١٢٨_١٨_Backgroundpaper١_A_review_of_nutritionpolicies.pdf
٤. Improving public understanding for communicating emerging science on nutrition, foodsafety, and health
Journal of National CancerInstitute. ١٩٩٨; ٩٠(٣).
٥. Awin N. The Role of Partnership in Capacity Building in Public Health Nutrition. mal j Nut. ٢٠٠٢; ٨ (١): ٩٩-١٠٧.
٦. The International Bank for Reconstruction and Development. Food Prices, Nutrition, and the Millennium Development Goals. The International Bank

for Reconstruction and Development: Washington; ۲۰۱۲.

- ۷. WHO Regional Office for Europe ۲۰۰۸, WHO European action plan for food and nutrition policy ۲۰۰۷-۲۰۱۲ .WHO Denmark.
- ۸. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of cancer Global Perspective. Washington DC: AICR; ۲۰۰۷.
- ۹. *Nouri Saeidlou, S., F. Babaei, and P. Ayremlou, Malnutrition, Overweight, and Obesity among Urban and Rural Children in North of West Azerbaijan, Iran. J Obes, 2014.*
- ۱۰. Ghassemi H, Harrison G, Mohammad K. an accelerated nutrition transition in Iran. Public Health Nutrition: ۲۰۰۲; ۵(۱A): ۱۴۹.
- ۱۱. Food and agriculture organization of the United Nations. guidelines developing national plans of action for nutrition. Rom Italy; ۱۹۹۳.
- ۱۲. Ismail S, immnik M, mazar I, nantel G. community-based food and nutrition program analysis of experience, food and agriculture organization of the united nations, Rome. Italy; ۲۰۰۳.
- ۱۳. Lang T, Robertson A, Nishida CH, Caraher M, Clutterbook CH. development of food and nutrition

action plans in southern european countries. European regional office of World Health. ٢٠٠٢. Available from: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/٠٠١٥/١٥٢٠٥/EYY٢٤٤.pdf

١٤. Caraher M, Crawley H, Lioyd S. Nutrition policy across the UK (Briefing Paper). Centre for Food Policy, City University, London; ٢٠٠٩.
١٥. Rainer G, Schoeneberger H, Pfeifer H, A Preuss HJ. The Four Dimensions of Food and Nutrition Security: Definitions and concepts, Nutrition and Food Security, FAO; ٢٠٠٠.
١٦. Global food policy report. International Food Policy Research Institue. Washington USA; ٢٠١١.
١٧. Klennert K. Achieving Food and Nutrition Security, International Weiterbildung und Entwicklung GmbH, Capacity Buildi International: Germany; ٢٠١١.
١٨. A Hammond, R DubéL. A systems science perspective and trans-disciplinary models for food and nutrition security. Available from: www.pnas.org/cgi/doi/١٠.١٠٧٣/pnas.٠٩١٣٠.٠٣١٠٩
١٩. Nouri Saeidlou, S., F. Babaei, and P. Ayremlou, Children Malnutrition in Northwestern, Central and Southern Regions of Iran: Does Geographic Location Matter? Global Journal of Health Science, 2014. 6(4).

২০. Agriculture & Rural Development Department From Agriculture to Nutrition: Washington DC; ২০০৭.
২১. Evans A. The Feeding of the Nine Billion Global Food security for the ২১ st Century. London: ২০০৭, ৯-১০.
২২. Right to Food and Nutrition Watch Consortium ২০১০.
২৩. Global Perspective Studies Unit, Food and Agriculture Organization of the United Nations Prospects for food, nutrition, agriculture and major commodity groups. World agriculture: towards ২০৩০/২০৫০. Rome; ২০০৬, ১.
২৪. Food Planning and Monitoring Unit (FPMU), National Food Policy Plan of Action. Management. Dhaka, Bangladesh: ২০০৮-২০১৫.
২৫. Guenther PM, Krebs-Smith SM, Reedy J, et al. The healthy eating index (HEI). Fact Sheet No. ১. Center for Nutrition Policy and promotion. Retrieved from: http://www.cnpp.usda.gov/Publications/HEI/healthy_eating_index_2005_factsheet.pdf
২৬. Ismail Sh, Immink M, Mazar I, Nantel G. Food and Agriculture Organization of the United Nations Rome; ২০০৩, ৩৭-৪৪.

۲۷. World Health Organization. Diet, Nutrition And The Prevention Of Chronic diseases. Geneva; ۲۰۰۳, ۱۳۴-۱۴۴.
۲۸. South Australian child care nutrition partnership Guidelines for food and nutrition policy in child care centers. Adelaide; ۲۰۰۵, ۲۰-۲۲.
۲۹. Yhounge-aree J Alavi Naini AM , Amini M , Karajibani M , Khalilian AL, Nourisaeidlou S , Salimi M , Shafaghi KH. Association of obesity with food habits and body image in school children of nakhon pathom province, Thailand. Journal Iranian JPublic Health ,35(2) ,2006 ,42-48.
۳۰. Animal Feed Impact on Food Safety. Report of the FAO/WHO Expert Meeting FAO Headquarters. Rome; ۸-۱۲ October ۲۰۰۷.
۳۱. EMPRES Food safety. Emergency Prevention System for Food Safety Strategic Plan. Food Chain Crisis, Management Framework. ۲۰۱۰.
۳۲. FAO/WHO framework for developing national food safety emergency response plans. Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization. Rome; ۲۰۱۰.
۳۳. FAO/WHO guide for developing and improving national food recall systems. Food and Agriculture Organization

of the United Nations and World Health Organization.
Rome; ۲۰۱۲.

۳۴. The State of Food and Agriculture. Food and Agriculture Organization of the United Nations Rome; ۲۰۱۳.

۳۵. Nouri Saeidlou S, Kutlay Merdol T, Mikaili Peyman, Bektaş Yenar. Assessment of the nutritional status of elderly people living at nursing homes in northwest IRAN. IJ AR Vol. 3. No. 1. January, 2011, Part II.

۳۶. Global nutrition policy review: what does it take to scale up nutrition action? World Health Organization. ۲۰۱۳.

۳۷. Farrokh-Eslamlou, H. R., Oshnouie, S., & Ahmadi, N., & Babaei, F. Geographical distribution of nutrition deficiency among children under five years old in the west Azerbaijan province. Iran urmiamedicine journal 2013 . 24, 201-9.

۳۸. Science for safe food. FAO,s Strategy for the provision of scientific advice for food safety ۲۰۱۰- ۲۰۱۳. Food and Agriculture Organization of the United Nations Rome; ۲۰۱۰.

۳۹. کلاهدوز ف، نجفی ف. سامانه ملی امنیت غذا و تغذیه در ایران و تدوین اولین نقشه آسیب پذیری و ناامنی غذایی در کشور (پژوهش سمپات). دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۰. قابل دسترسی در سایت: <http://www.nutnet.ir>

۴۰. صادقی قطب آبادی ف، مینایی م، صادقیان شریف س. مجموعه دستورعمل های اجرایی و بسته آموزشی مدیریت تغذیه در بحران. معاونت سلامت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، دفتر بهبود تغذیه جامعه) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۶.
۴۱. قاسمی ح. گزارش نهایی طرح امنیت غذا و تغذیه کشور : مطالعات الگوی برنامه ریزی و اجرا " مابا ". انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور و سازمان برنامه و بودجه تهران؛ دیماه ۱۳۷۷.
۴۲. نوری سعیدلو س ، بابایی ف ، آیرملو پ . بررسی و مقایسه شیوع سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال سه شهرستان سلماس ، روانسر و سمیرم . مجله علوم پزشکی رازی ، دوره ۲۱ ، شماره ۱۲۴ ، مهر ۱۳۹۳ .
۴۳. اسفرجانی ف، محمدی نصرآبادی ف، خلفی م، نوری سعیدلو س، رشیدی آ. بررسی وضعیت مصرف انواع شیر در استان آذربایجان غربی و عوامل موثر در سالهای ۲-۱۳۹۱. مجله پزشکی ارومیه. دوره ۲۵، شماره ۲، اردیبهشت ۹۳.
۴۴. نوری سعیدلو س ، بابایی ف . برنامه جامع پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید در استان آذربایجان غربی . معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه ۱۳۹۳ .
۴۵. حشمت ر. 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، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۰.

۴۶. دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی، دانشکده بهداشت پژوهشی در وضعیت ریزمغذی های ایران در سال ۱۳۹۱ (پورا ۲) دستور عمل اجرایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۱.
۴۷. سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور. ۱۳۹۹-۱۳۹۱.

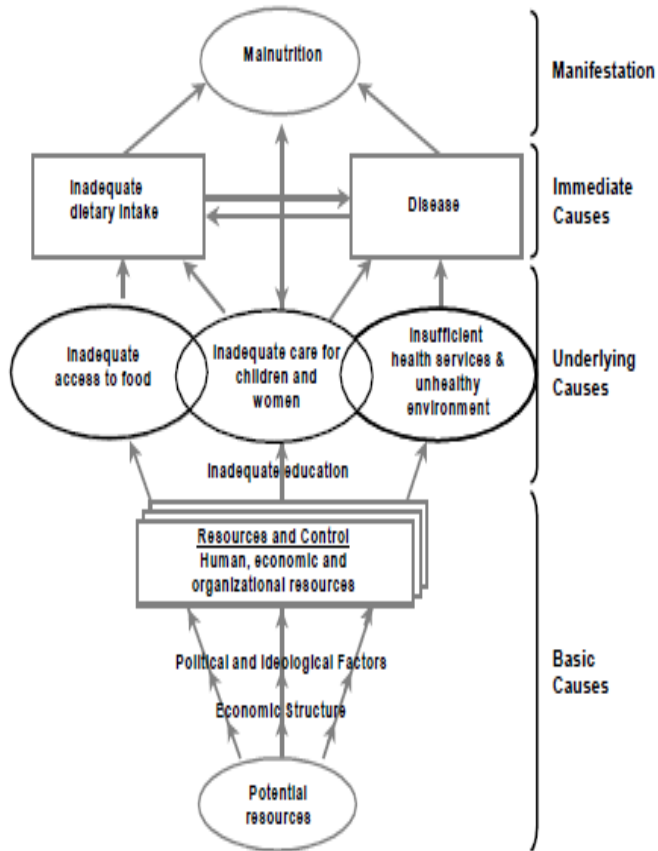
پیوست ها

۱- چهارچوب های مفهومی تغذیه و امنیت غذایی

۲- تعاریف و اصطلاحات کاربردی

۳- اسناد بالادستی

مدل مفهومی سوء تغذیه - یونیسف ۱۹۹۱



اصطلاحات کاربردی

Average dietary energy requirement:

The average dietary energy requirement (ADER) refers to the amount of energy considered adequate to meet the energy needs for normative average acceptable weight for attained height while performing moderate physical activity in good health.

Balanced diet:

The food consumption pattern is balanced when the contribution of energy-yielding nutrients to total energy is within acceptable ranges as follows: proteins from ۱۰ to ۱۵ percent, fats from ۱۵ to ۳۰ percent and carbohydrates from ۵۵ to ۷۵ percent.

Degree of food deprivation:

A measure of the overall food insecurity situation in a country, based on a classification system that combines prevalence of undernourishment, i.e. proportion of the total population suffering from dietary energy deficit, and depth of undernourishment, i.e. magnitude of the dietary energy deficit of the undernourished population.

Dietary energy unit cost:

The dietary energy unit cost is the monetary value of ۱۰۰۰ kcal of edible food.

Dietary energy deficit (depth of hunger):

The difference between the average daily dietary energy intake of an undernourished population and the national average minimum energy requirement.

Dietary energy intake (DEI): The energy content of food actually consumed.

Dietary energy requirement: The amount of dietary energy required by an individual to maintain body functions, health and normal activity.

Dietary energy supply (DES): Food available for human consumption, expressed in kcal/person/day. At the country level it is calculated as the food remaining for human use after deduction of all non-food consumption (exports, animal feed, industrial use, seed and wastage). This food energy supply is for both private and public consumption.

Food health security refers to the microbiological properties of food, insofar as they cause no harm to human health.

Food security refers to a minimum amount of calories available to people in order to ensure their survival in a satisfactory state of health.

Good agricultural practices (GAP) are practices that ensure that farming is environmentally, economically and socially sustainable and produces healthy, good-quality food and non-food products.

Standard: a document established by consensus that provides, for common and repeated use, rules, guidelines or characteristics for activities or their results, guaranteeing an optimum degree of order in a given context. Standards are set up by various types of organization to facilitate

coordination among stakeholders and reduce uncertainty concerning the quality of a good or service. WTO defines a standard as a document approved by a recognized body, which provides, for common and repeated use, rules, guidelines or characteristics for products or related processes and production methods, with which compliance is not mandatory. It may also include or deal exclusively with terminology, symbols, packaging, marking or labelling requirements as they apply to a product, a process or a production method. Standards drawn up by the international standardization community are based on consensus.

Endemic: refers to a plant resource that is found only in a specified geographical zone.

Food balance sheets: The food balance sheets (FBS) are derived for each commodity using data on food production and imports and opening-year food stocks after deduction of food export and end-year food stocks and all non-food consumption (animal feed, industrial use, seed, wastage and other non-food use); this estimate refers to both private and public food consumption.

Food consumption distribution: Food consumption distribution refers to the variation of consumption within a population. It reflects both the disparities due to socio-economic factors and differences due to biological

factors, such as gender, age, body weight and physical activity levels.

Food deprivation: Food deprivation refers to the condition of people whose food consumption is continuously below bodily needs. FAO's measure of food deprivation is based on the distribution of food consumption expressed in terms of dietary energy.

Food expenditure ratio: The food expenditure ratio corresponds to the share of food consumption expenditure (Food in Monetary Value-FMV) in monetary terms in total income (total consumption expenditure (TCEXP)). It is often used as income data are usually not collected with high reliability; also known as the Engel ratio.

Food insecurity: A situation when people lack secure access to sufficient amounts of safe and nutritious food for normal growth and development and an active and healthy life. It may be caused by the unavailability of food, insufficient purchasing power or inappropriate distribution. Food insecurity may be chronic, seasonal or transitory.

Food security: A situation that exists when all people, at all times, have physical, social and economic access to sufficient, safe and nutritious food that meets their dietary needs and food preferences for an active and healthy life.

Household consumption expenditure: Total household consumption expenditure as defined in the United

Nations guidelines is the sum of all monetary value or expenditure on goods and services intended for consumption, goods produced and consumed from own production or own-business stocks, including the imputed rent of owner-occupied housing, and goods and services received in kind.

Inequality in food consumption due to income: The inequality refers to the variation of the food consumption level within a population due to disparities in the income distribution.

Kilocalorie (kcal): A unit of measurement of energy. One kilocalorie equals 1000 calories. In the International System of Units (ISU), the universal unit of energy is the joule (j). One kilocalorie = 4.184 kilojoules (kj).

Macronutrients: The proteins, carbohydrates and fats required by the body in large amounts and available to be used for energy. They are measured in grams.

Micronutrients: The vitamins, minerals and certain other substances that are required by the body in small amounts. They are measured in milligrams or micrograms.

Minimum dietary energy requirement: In a specified age/gender category, the amount of dietary energy per person that is considered adequate to meet the energy needs for light activity and good health. For an entire population, the minimum energy requirements of the

different age/gender groups in the population. It is expressed as kilocalories per person per day.

Nutritional status: The physiological state of an individual that results from the relationship between nutrient intake and requirements and from the body's ability to digest, absorb and use these nutrients.

Overnourishment: Food intake that is in excess of dietary energy requirements continuously.

Undernourishment: Food intake that is insufficient to meet dietary energy requirement continuously.

Undernutrition: The result of undernourishment, poor absorption and/or poor biological use of nutrients consumed.

اسناد بالادستی چگونه از ارتقای تغذیه و امنیت غذایی حمایت می کند ؟

ردیف	عنوان سند	عبارات
۱	مقام معظم رهبری	- نهضت احیا، و گسترش فرهنگ بهداشت و پیشگیری را به کار گیر و بوسیله جهات امکان سازم موجود آغاز نمایند. - مسئله سلامت، هم در برنامه ی پنجم باید مورد توجه ویژه قرار گیرد، هم در برنامه ریزی های کوتاه گون اجرایی در دستگاه های مختلف.
۲	قانون اساسی	اصل ۳۰ بند ۱۲) پی ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه، اصل ۴۳ بند ۱ تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه.
۳	چشم انداز ۱۴۰۴	برخورد از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت های برابر، توزیع متناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره مندی 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- تأمین امنیت غذایی کشور با تأکید بر خودکفایی نسبی در تولید محصولات کشاورزی
۵	سیاست های کلی نظام در بخش کشاورزی (مصوبه یازده تیر ۸۴ مجمع)	- ماده ۲- تأمین امنیت غذایی با تکیه بر تولید از منابع داخلی و نیل به خودکفایی در محصولات اساسی، ارتقاء سطح سلامت مواد غذایی، اصلاح و بهینه نمودن الگوی مصرف و حمایت 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، تأمین، درآمد تولید کنندگان، منافع مصرف کنندگان و بهبود کیفیت مواد و فرآورده های غذایی.
۶	شورای عالی اداری	بند ۱۴) کل کل نگری، همسوسازی، هماهنگی و تعامل اثربخش دستگاه های اداری به منظور تحقق اهداف فرابخشی 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 قطع و متقابه با اسراف، تبذیر.... ۹) اصلاح الگوی مصرف نان کشور از طریق ارتقا، و 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 تأمین بهداشت دام کشور و فرآورده های مربوط به آن و پیشگیری و مبارزه با بیماری های دامی به موجب این قانون سازمان دامپزشکی کشور وابسته به وزارت کشاورزی تأسیس و جایگزین اداره کل دامپزشکی می گردد.
۱۰	قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی ۱۳۷۴.۱۲.۲۷	
۱۱	اساسنامه انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور ۱۳۷۰/۸/۱۴	الف - تعیین خط مشی تحقیقاتی انستیتو با در نظر گرفتن سیاست کلی دولت در امر غذا و تغذیه.
۱۲	قانون تشکیل وزارت جهاد کشاورزی	ماده ۱ - در راستای اصلاح و بهسازی تشکیلات دولت و به منظور فراهم آوردن موجبات توسعه پایدار کشاورزی و منابع طبیعی و افزایش کمی و کیفی محصولات کشاورزی در جهت تأمین امنیت غذایی، ...
۱۳	قانون نظام صنفی کشور ۱۳۸۲/۱۲/۲۴	ماده ۱۶ - صاحبان اماکن عمومی به تشخیص مجمع امور صنفی و تصویب کمیسیون نظارت مکلفند: الف- فهرست قیمت غذا و مواد غذایی را که برای مصرف مشتریان ارائه می شود در برگه های مخصوص تهیه و در دسترس مشتریان قرار دهند و بر مبنای آن صورت حساب 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 ساختن نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی ۱۳۸۳/۲/۲۱	
۱۵	تصویب نامه اعطای نشان ایمنی و سلامت تولیدکنندگان برتر محصولات غذایی و بهداشتی کشور	۱- به تولیدکنندگان برتر محصولات غذایی و بهداشتی کشور که در محصولات خود به مفاهیم سلامت و کیفیت فرآورده بیشترین توجه را داشته باشند براساس دستورالعملی که با مشارکت 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 غذایی تحت پوشش خود، فقط از روغن های دارای نشان استاندارد یا روغن های با اسیدجرب ترانس پایین تر از ده درصد (۱۰٪) و همچنین از نمک های پدیدار تصفیه شده استفاده نمایند و تهیه غذا با ویژگی های 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 تأکید بر سلامت غذا و تعادل ترکیب غذای عرضه شده تهیه نماید.
۱۶	موجبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی از سال ۱۳۸۴-۱۳۹۰	• تعیین و اعلام استانداردهای مربوط به: - الف - خدمات بهداشتی، درمانی، بهزیستی و دارویی. - ب- مواد دارویی، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی، آرمیگاهی، 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- مدور، تمدید و لغو موقت یا دائم پروانه های: - الف - مؤسسات پزشکی، دارویی، بهزیستی و کارگاه ها و مؤسسات تولید مواد خوراکی و آشامیدنی و بهداشتی و آرایشی. ۱۷- تعیین ضوابط مربوط به ورود، ساخت، نگهداری، مدور، مصرف و انهدام مواد اولیه بیولوژیک مخدر، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی، آرمیگاهی و فرآورده های دارویی و تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توانبخشی و نیز ارزشیابی، نظارت و کنترل ضوابط مذکور.
۱۷	قانون تشکیل و وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۶۷/۳/۳	

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 میزان که در لایحه بودجه سالیانه مشخص می شود... ماده ۶-...سیاست هایتوسیتی 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 موانعغذایی 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/ ۱۳۹۱/۴۷۹۷۱ 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 مکنی. برنامه های ملی:	
۲۱	- استقرار شبکه ملی آزمایشگاه های کشور : هم افزایی تجهیزات و ظرفیتهای شبکه های آزمایشگاه های تحقیقاتی، کنترل دارو و غذا ، ارانه خدمات بهداشتی، درمانی و سازمان انتقال خون - یکپارچگی سیستمگذاری، 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 فرا ورده 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 موانعغذایی 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 آپ 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	
۲۲	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 ۳۶- ب- 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 ارتقا، 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 ۱۴۳- حفظ ظرفیت تولید و تیل به خودکفایی در تولید محصولات اساسی کشاورزی و دامی/ اصلاح الگوی مصرف بر اساس استانداردهای تغذیه، ...، فراهم نمودن زیر ساخت های امنیت غذایی ماده ۱۴۵- به منظور اقتصادی و رقابتی نمودن تولید و افزایش صادرات محصولات کشاورزی ... ماده ۱۴۹- دولت مجاز است با هدف تامین امنیت غذایی اقدامات زیر را انجام دهد: الف- حمایت مالی از توسعه کشتارگاه های صنعتی و بهبود کشتارگاه های سنتی و نیمه صنعتی ب- ارتقا، 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 تیمرره ۱- ... سامانه هوشمند مراقبت بیماری های دامی و هویت دار نمودن جمعیت دامی کشور تیمرره ۲- دولت برنامه تامین سلامت غذا از مزرعه تا سفره را طی سال اول برنامه تصویب و اقدامات قانونی لازم برای اجرای آن را بعمل آورد؛	
۲۳	بسته اجرایی (۶) ارتقا، امنیت غذا و تغذیه با محوریت اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود	اهداف کمی راهبردی: کاهش میزان عوامل طرزی ای شاخص (آفتاکسین 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
سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور (۱۳۹۹-۱۳۹۱) ، اسفند ۱۳۹۱		

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 سنتی) 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 تامین 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 تامین (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 درآمدهای 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 ارتقای پیشگیرانه انجام می گیرد.
۲۶	قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین 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 تامین منابع مورد نیاز نظام جامع تامین 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	

سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور (۱۳۹۹-۱۳۹۱)، اسفند ۱۳۹۱