

# گروه بهبود تغذیه جامعه

## رسالت دفتر بهبود تغذیه جامعه :

کمک به بهبود امنیت غذایی و ارتقاء کیفیت تغذیه آحاد مردم کشور جمهوری اسلامی ایران از طریق ارتقای سطح دسترسی فیزیکی، اقتصادی، افزایش سواد و فرهنگ تغذیه‌ای و رهایی از بیماری‌ها با استفاده از تمهیداتی از قبیل اطلاع‌رسانی و آموزش، مشارکت در تدوین سیاست‌های نوین در عرصه غذا و تغذیه در برنامه‌های توسعه ملی و منطقه‌ای، تدوین لوایح و آیین‌نامه‌ها، تحقیق و پایش و اقدامات پیشگیرانه و درمانی در قالب ارزش‌های اسلامی و انسانی و قوانین جاری جمهوری اسلامی ایران

**بیان مسئله :** مطالعات مختلف تغذیه‌ای در سالیان گذشته نشان داده اند که سوء تغذیه در ابعاد مختلف در نقاط مختلف کشور وجود دارد. بر این اساس مهمترین مشکلات تغذیه‌ای عبارتند از سوء تغذیه پروتئین - انرژی در کودکان زیر ۵ سال و کمبود ریزمغذی‌ها از جمله کمبود آهن، ید، روی و کلسیم، کمبود ویتامین‌های A، B<sub>۱۲</sub> و D. از سوی دیگر، روند بیماری‌های متابولیک مرتبط با تغذیه از جمله اضافه وزن و چاقی، دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و انواع سرطان‌ها روند رو به گسترش و هشدار دهنده‌ای را طی می‌کند.

چاقی و اضافه وزن به دلایل متعدد از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، فاکتورهای ژنتیکی و تغییر در الگوی مصرف غذایی، مصرف بی‌رویه فست‌فودها، غذاهای چرب و قندهای ساده از جمله نوشابه‌های شیرین و گازدار ایجاد می‌شود و کاهش آن علاوه بر برنامه‌های فرهنگ‌سازی تغذیه‌ای نیاز به تغییر در شیوه زندگی و افزایش تحرک بدنی دارد. ایجاد عادات و رفتارهای تغذیه‌ای صحیح از دوران کودکی و آموزش تغذیه در مدارس باید آغاز شود. چاقی دوران کودکی و نوجوانی در دوران بزرگسالی ادامه می‌یابد و خطر بیماری‌های متابولیک را افزایش می‌دهد. در حال حاضر، بیماری‌های قلبی - عروقی یکی از علل عمده مرگ و میر در ایران به شمار می‌رود. عدم رعایت تغذیه صحیح، مصرف زیاد چربی‌ها، بیش از مقادیر توصیه شده، به ویژه چربی‌های حیوانی و روغن‌های نباتی که حاوی مقادیر زیاد اسیدهای چرب ترانس و اشباع شده می‌باشد، از مهمترین دلایل بروز بیماری‌های قلبی و عروقی است. اطلاعات موجود حاکی از افزایش کلسترول خون در درصد قابل توجهی از مردم کشور می‌باشد.

کیفیت نامطلوب روغن‌های خوراکی یکی از مشکلات عمده و زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی و عروقی در کشور است. بر اساس نتایج بررسی مصرف مواد غذایی، مصرف قند و شکر، چربی‌ها و مواد نشاسته‌ای در کشور بیش از مقادیر توصیه شده است. در حالی که مصرف میوه و سبزی، شیر و لبنیات و گوشت و حبوبات از مقادیر توصیه شده روزانه کمتر است. از این رو، اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی تغذیه‌ای با توجه به سبب مطلوب غذایی برای کاهش خطر بیماری‌های متابولیک حائز اهمیت است. در عین حال، باید خاطر نشان کرد که خطر ابتلای به بیماری‌های متابولیک لزوماً منحصر به طبقات پر درآمد نیست بلکه طبقات کم درآمد نیز آسیب‌پذیری بالا دارند. وجود هم‌زمان سوءتغذیه در کودک، چاقی

و اضافه وزن و کمبود ریز مغذی ها در سایر افراد خانوار های کم درآمد اهمیت و ضرورت ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه و آموزش همگانی تغذیه با همکاری کلیه دستگاه های ذیربط را می طلبد.

جلب همکاری صنایع غذایی برای تولید محصولات غذایی حامی سلامت از جمله اقداماتی است که در برنامه ۵ ساله پنجم برای بهبود تغذیه مردم باید مورد توجه قرار گیرد.

ایجاد بستر مناسب برای ارائه خدمات مشاوره و رژیم درمانی یکی دیگر از اولویت های برنامه بهبود تغذیه جامعه است. علاوه بر این، برنامه ریزی در جهت بهبود وضعیت تغذیه در مراکز جمعی عرضه و توزیع غذا از جمله سلف سرویس ها و رستوران های ادارات دولتی و خصوصی، سربازخانه ها، دانشگاه ها و مهد کودک ها به منظور حصول اطمینان از توزیع و عرضه غذاهای سالم و با ارزش غذایی برای حفظ سلامت تغذیه ای افرادی که حداقل یک وعده غذای روزانه را در خارج از منزل صرف می کنند، حائز اهمیت است.

فقر به عنوان یکی از عوامل موثر در ناامنی غذایی و سوء تغذیه مطرح است. با توجه به اینکه تامین سلامت تغذیه ای جامعه شدیداً به درآمد و قیمت ها بستگی دارد، به کارگیری سیاست هایی در زمینه کاهش فقر، ایجاد اشتغال و درآمد در میان طبقات کم درآمد در شهر و روستا به عنوان یک برنامه هدفمند موجب افزایش دسترسی اقتصادی گروه های آسیب پذیر به غذا می شود.

نبود سیستم پایش (Surveillance) غذا و تغذیه و عدم اطلاع از روند تغییرات وضعیت تغذیه در طول زمان، برنامه ریزی و طراحی مداخلات مناسب و به موقع برای حفظ و ارتقاء سلامت تغذیه ای مردم را با مشکل مواجه ساخته است. پایش غذا و تغذیه به عنوان سیستم اعلام هشدار به موقع برای پیش بینی موقعیت های اضطراری مانند خشکسالی و قحطی و برنامه ریزی به موقع جهت حمایت از گروه های در معرض خطر سوء تغذیه و گرسنگی حائز اهمیت است.

بنابراین با توجه به ماهیت موضوع تغذیه بخش عمده ای از فعالیت های دفتر بهبود تغذیه جامعه در حوزه فرابخشی شکل می گیرد و ارائه خدمات تغذیه ای به جامعه و برقراری امنیت غذا و تغذیه مستلزم تعاملات بین بخشی در حوزه های مختلف بهداشت و درمان، کمیته امداد امام (ره)، سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش، جهادکشاورزی و ... می باشد.

### اهداف راهبردی بهبود تغذیه جامعه:

- کاهش شیوع سوء تغذیه پروتئین انرژی در کودکان زیر ۵ سال و مادران باردار به میزان ۱۰٪ سال پایه
- کاهش شیوع کمبود ریزمغذی ها به ویژه آهن، روی، ویتامین های D و A به میزان ۱۰٪ سال پایه
- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی (کودکان، نوجوانان و جوانان، میانسالان و سالمندان) به میزان ۱۰٪ سال پایه
- کاهش شیوع گواتر در دانش آموزان ۱۰-۸ ساله به میزان ۱۰٪ وضع موجود

- حفظ و ارتقاء پوشش مصرف نمک یددار تصفیه شده در حداقل ۹۸٪ خانوارهای استان
- ارتقاء کیفیت مدیریت تغذیه در بحران به میزان ۵۰٪ وضع پایه
- ارتقاء دانش و مهارت کارکنان بهداشتی در زمینه مدیریت تغذیه در بحران و بلایا به میزان ۵۰٪ وضع موجود
- بهبود کیفیت تغذیه در ۵۰٪ غذاخوری های دانشگاه ها و خوابگاه ها، مهدهای کودک، کارخانه ها، ادارات، سربازخانه ها، زندان ها و رستوران های عمومی
- افزایش درصد مهدهای کودک و مدرسی که خدمات مشاوره تغذیه در آنها ارائه می شود به میزان ۵۰٪ سال پایه
- افزایش تعداد مراکز دولتی که دوره های آموزشی تغذیه را برای کارکنان بخش تهیه و توزیع غذا برگزار کرده اند به میزان ۵۰٪ وضع موجود
- ارتقای دانش و آگاهی های تغذیه ای خانوار (زنان) به میزان ۵۰٪ وضع موجود
- ارتقای عملکرد تغذیه ای خانوار (زنان) به میزان ۳۰٪ وضع موجود
- ارتقاء دانش، نگرش و مهارت تغذیه ای کارکنان بهداشتی (کارشناسان تغذیه و سلامت خانواده شاغل در مراکز بهداشت شهرستان، پزشکان، کاردان ها و بهورزان) به میزان ۳۰٪ وضع موجود
- ارتقاء دانش و مهارت کارشناسان تغذیه شاغل در مراکز مشاوره تغذیه به میزان ۳۰٪ وضع موجود

## اهم برنامه های دفتر بهبود تغذیه جامعه:

### ۱. تغذیه گروه های آسیب پذیر (مادر؛ کودک و سالمند)

این برنامه از زیر برنامه های زیر تشکیل شده است:

- برنامه مداخله ای مشارکتی- حمایتی بهبود وضع تغذیه کودکان زیر ۶ سال \*
- برنامه مداخله ای حمایت تغذیه ای زنان باردار نیازمند \*
- برنامه مداخله ای بهبود وضع تغذیه کودکان ۳-۶ سال روستا مهدها (تامین یک وعده غذای گرم)

### ۲. ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه

### ۳. مدیریت تغذیه در بحران و امنیت غذایی

### ۴. ارتقای سطح سلامت تغذیه ای نوجوانان؛ جوانان و دانش آموزان

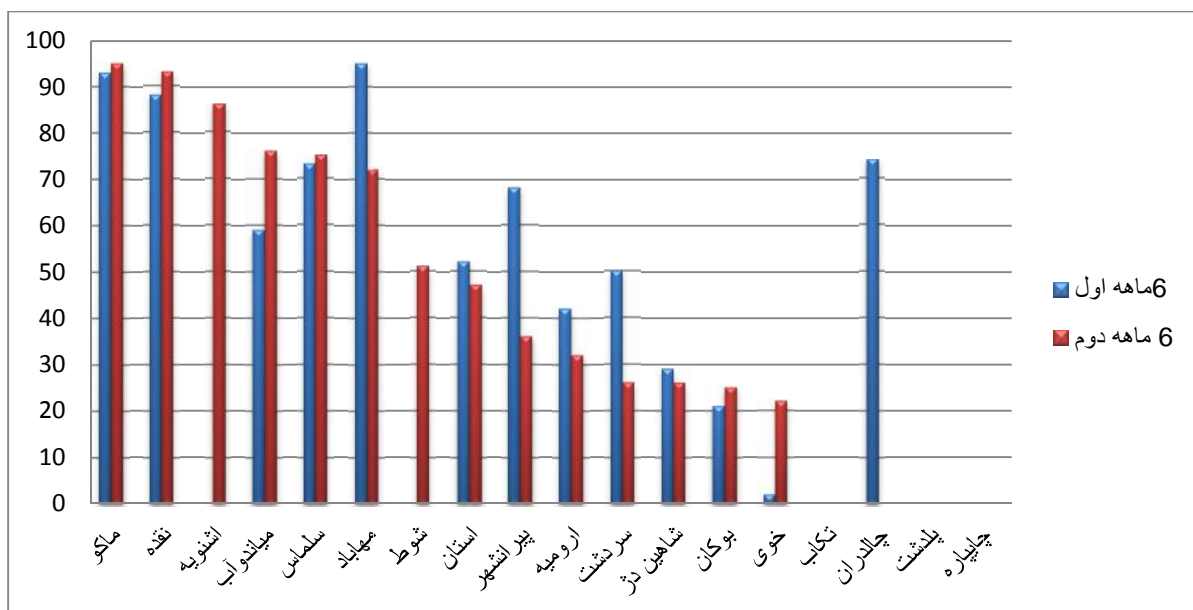
- ارتقا سطح سلامت دانش آموزان از طریق آموزش تغذیه و آهن یاری هفتگی \*

- اجرای برنامه شیر مدرسه \*
- ساماندهی وضعیت بوفه های مدارس ، تغذیه رایگان، مدارس شبانه روزی.

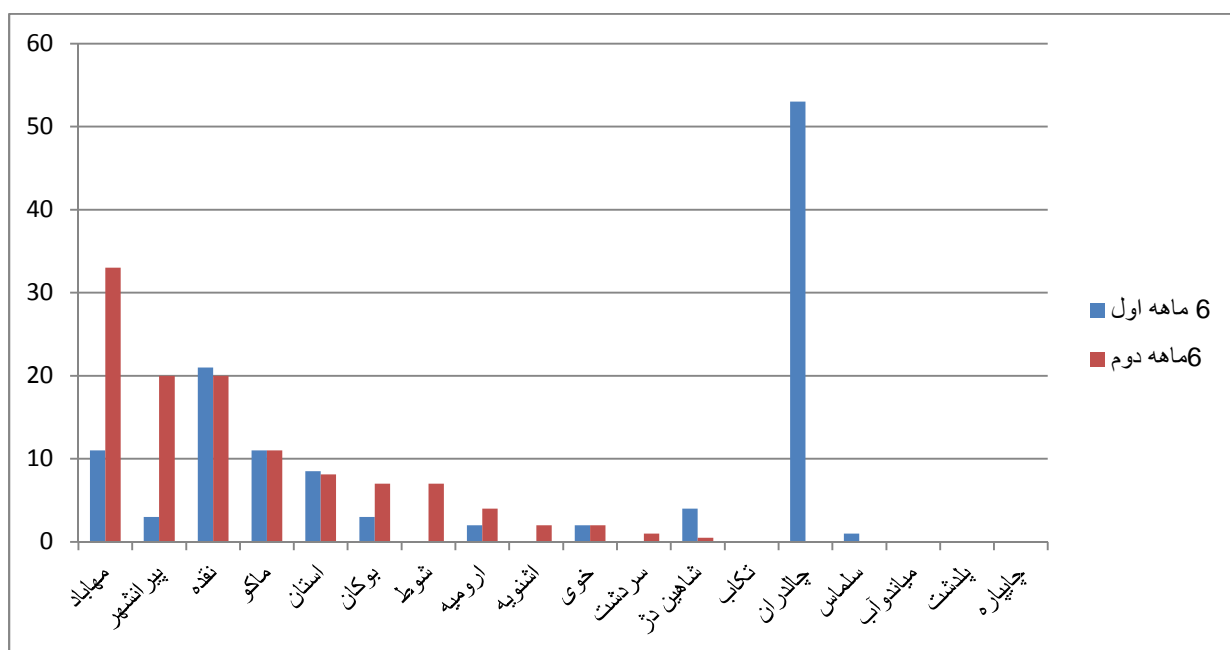
#### ۵. پیشگیری و کنترل کمبود ریزمغذی ها

- این برنامه از زیر برنامه ها و پروژه های زیر تشکیل شده است:
- پیشگیری و کنترل کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن \*
- پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید
- پایش ادواری ید ادرار در دانش آموزان ۸ تا ۱۰ ساله کشور

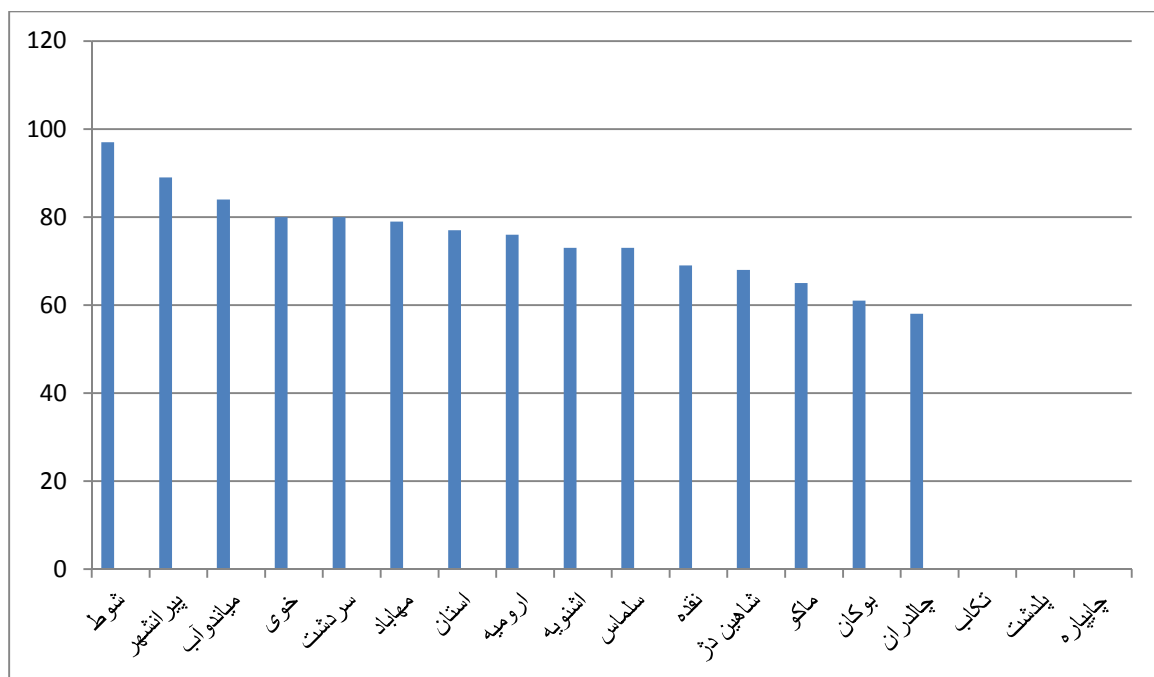
نمودار ۱-۸: درصد کودکان بهبود یافته در برنامه مشارکتی - حمایتی ۶ ماهه اول و دوم سال ۱۳۹۱ به تفکیک شهرستان و میانگین استان



نمودار ۲-۸: درصد کودکان خارج شده از برنامه مشارکتی - حمایتی در ۶ ماهه اول و دوم سال ۱۳۹۱ به تفکیک شهرستان و میانگین استان



نمودار ۳-۸ : نسبت خانوارهای دارای توالد بهداشتی برنامه مشارکتی - حمایتی در سال ۱۳۹۱ به تفکیک شهرستان و میانگین استان



جدول ۱-۸ : وضعیت موجود برنامه مشارکتی - حمایتی بهبود وضعیت تغذیه کودکان در استان آذربایجان غربی به تفکیک شهرستان در سال ۱۳۹۱

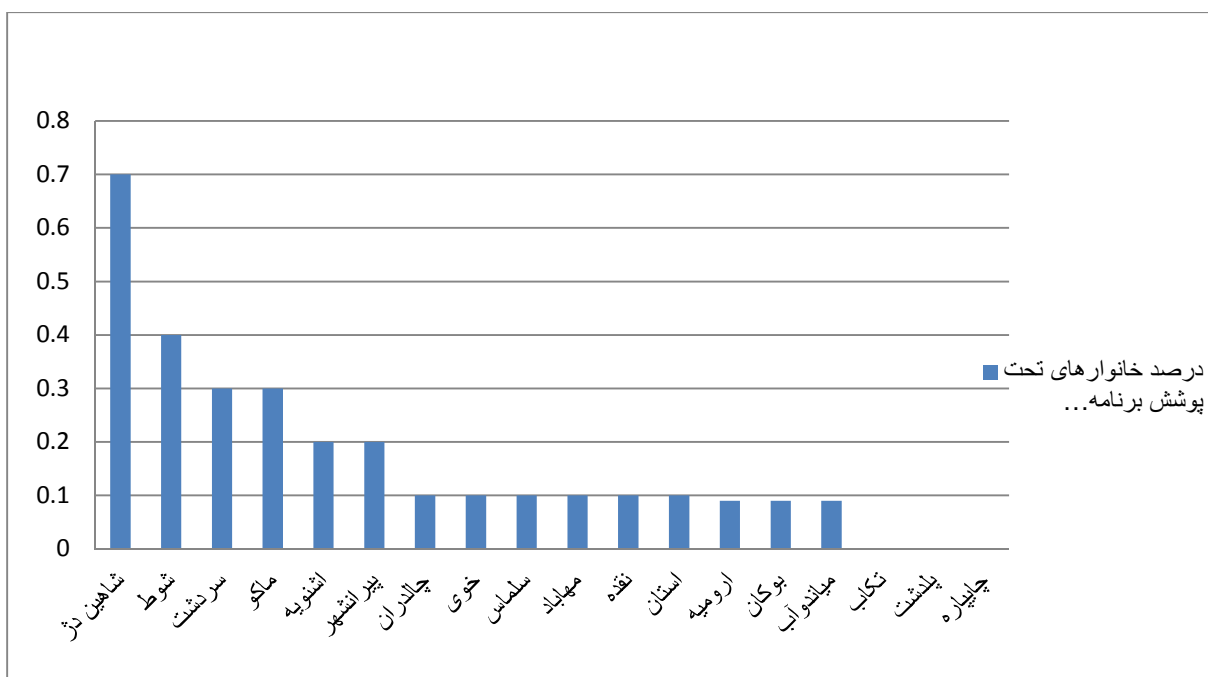
شهرستان	تعداد خانوارهای تحت پوشش شهرستان	تعداد خانوارهای تحت پوشش برنامه مشارکتی - حمایتی	درصد خانوارهای تحت پوشش برنامه مشارکتی - حمایتی
ارومیه	۲۷۲۶۳۴	۲۵۰	0/09
اشنویه	۱۱۵۲۹	۳۰	0/2
بوکان	۵۶۱۳۷	۵۶	0/09
پیرانشهر	۲۸۴۲۵	۶۰	۰/۲
تکاب	20196	-	-
چالدران	۷۳۴۲۳	۷۷	۰/۱
خوی	۹۶۴۲۸	۱۰۰	۰/۱
سردشت	۲۴۵۹۱	۸۰	۰/۳
سلماس	۴۸۸۹۲	۶۰	۰/۱

شاهین دژ	۲۳۹۴۲	۱۷۱	۰/۷
ماکو	۲۲۹۱۳	۸۰	۰/۳
مهاباد	۵۳۶۱۰	۹۰	۰/۱
میاندوآب	۷۳۴۲۳	۶۹	۰/۰۹
نقده	۳۳۷۰۰	۶۰	۰/۱
شوط	۱۲۸۶۵	۵۴	۰/۴
پلدشت	10680	-	-
چایپاره	11783	-	-
استان	822749	1237	۰/۱

\*آمار درستی از برنامه مشارکتی - حمایتی در این سه شهرستان ارائه نشده است .

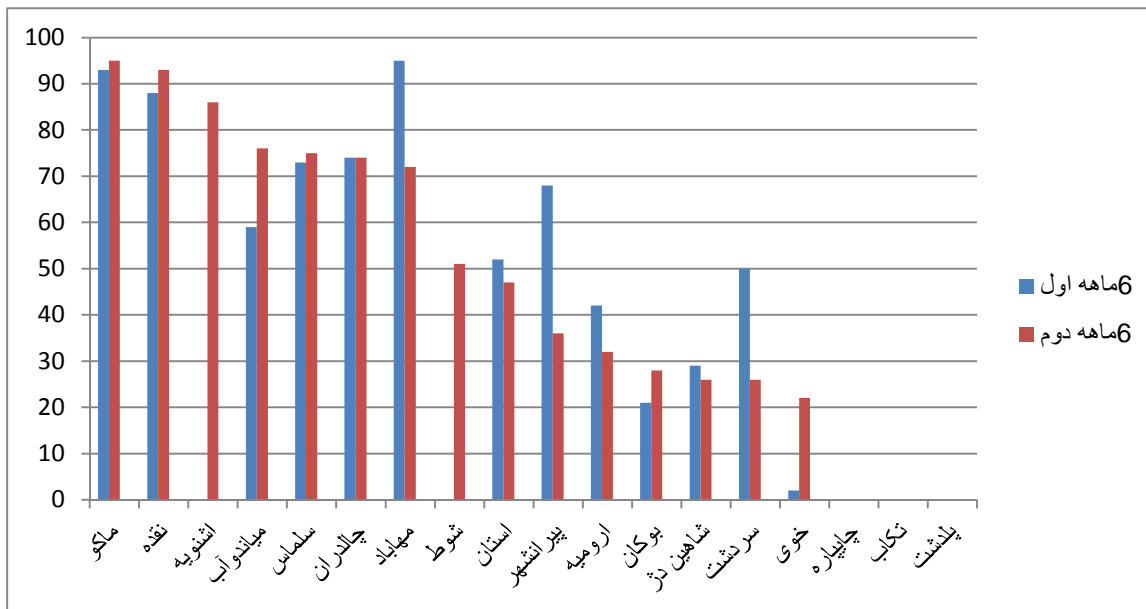
#### نمودار ۴-۸

وضعیت موجود برنامه مشارکتی - حمایتی بهبود تغذیه کودکان در استان آذربایجان غربی به تفکیک شهرستان و میانگین استان در سال ۱۳۹۱

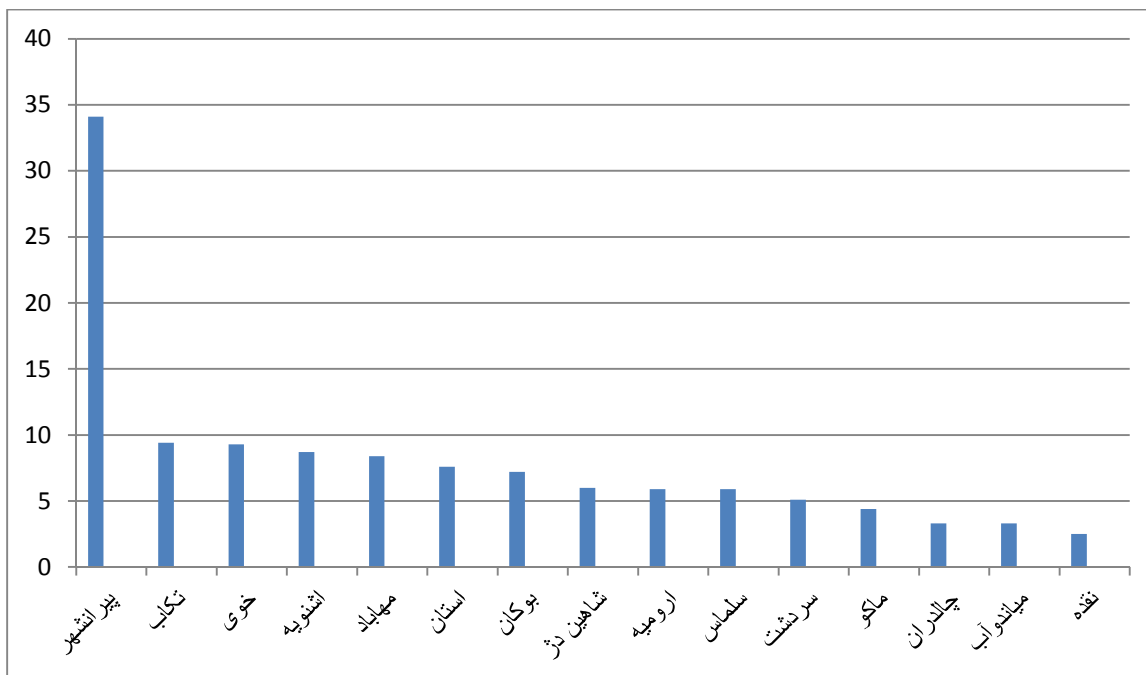




نسبت کودکان بهبود یافته از طریق مشاوره تغذیه در ۶ ماهه اول و دوم در سال ۱۳۹۱

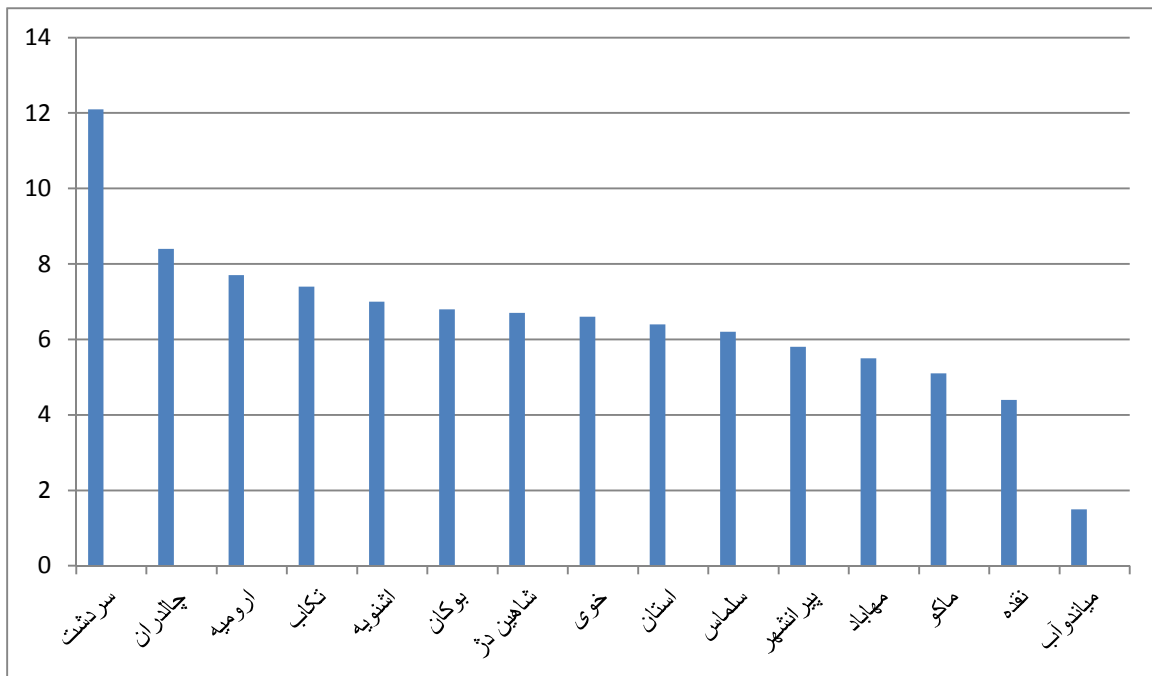


درصد شیوع کوتاه قدی در شهرستان های استان آذربایجان غربی در بررسی سال ۱۳۸۶



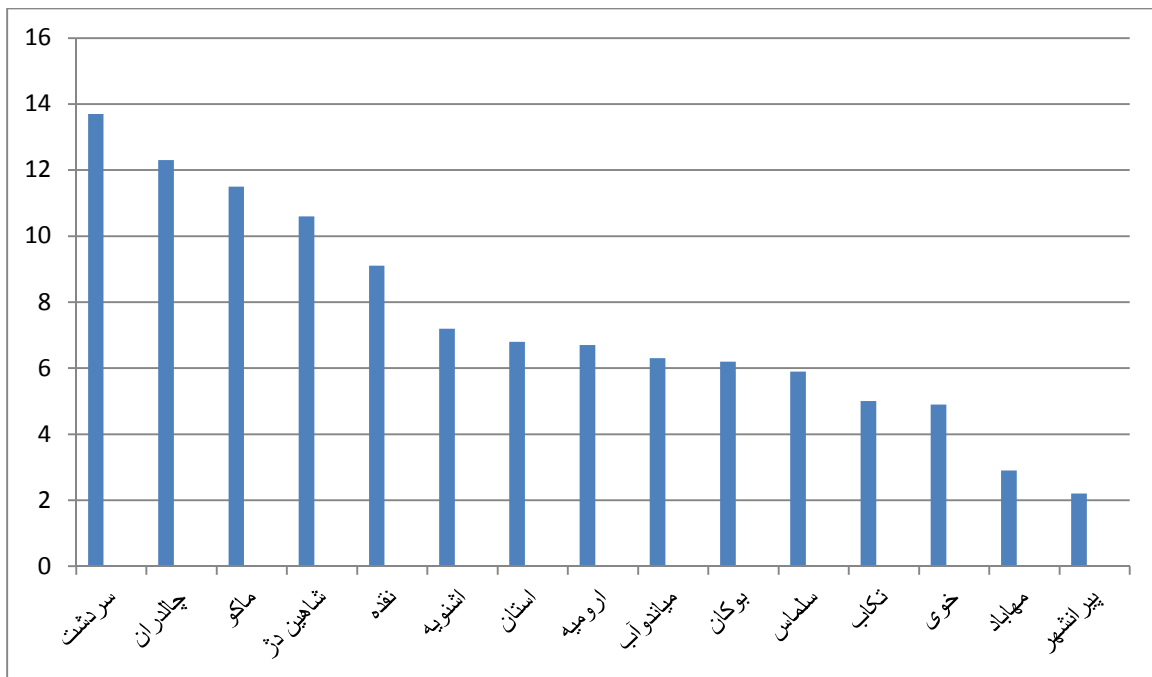
نمودار ۷-۸

درصد شیوع کم وزنی در شهرستان های استان آذربایجان غربی در بررسی سال ۱۳۸۶



نمودار ۸-۸

درصد شیوع لاغری در شهرستان های استان آذربایجان غربی در بررسی سال ۱۳۸۶



جدول ۲-۸

بررسی آماری ید ادرار دانش آموزان ۱۰-۸ ساله استان آذربایجان غربی در سال های تحصیلی ۹۲-۱۳۸۸

سال تحصیلی	میانگین	میانه	حداقل	حداکثر
۸۸-۸۹	۱۵۷	۴۰۰	۱۰	۱۳۰
۸۹-۹۰	۱۳۹	۶۵۰	۱۰	۹۰
۹۰-۹۱	۱۴۰	۶۶۰	۱۰	۹۰
۹۱-۹۲	۱۷۱	۴۲۰	۱۰	۱۶۰

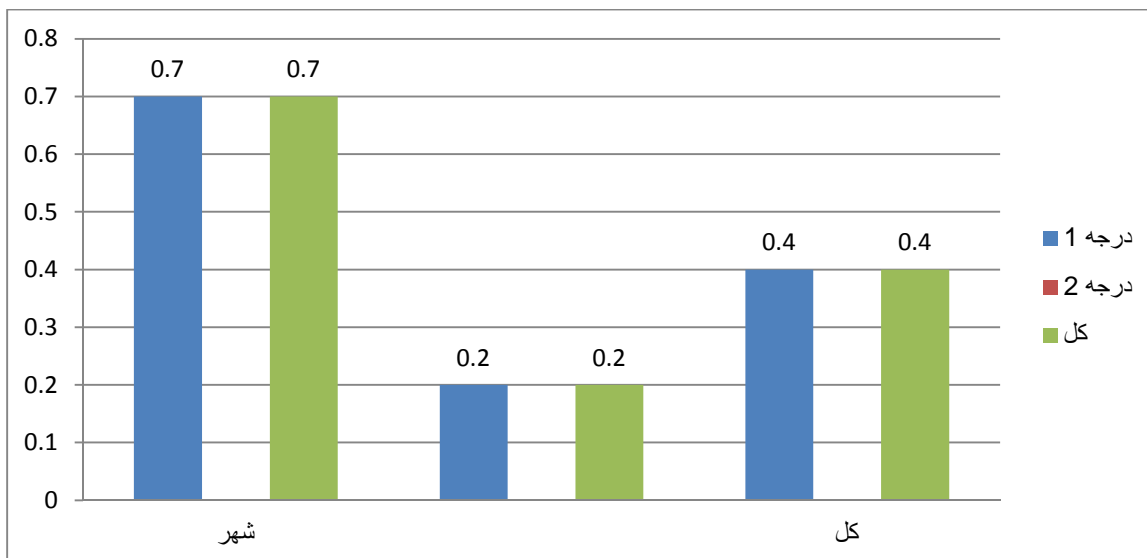
جدول ۳-۸

درصد شیوع گواتر براساس معاینه بالینی در دانش آموزان ۱۰-۸ ساله مدارس استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۸۶

کل	درجه گواتر		منطقه
	درجه ۲	درجه ۱	
۰/۷	۰	۰/۷	شهر
۰/۲	۰	۰/۲	روستا
۰/۴	۰	۰/۴	کل

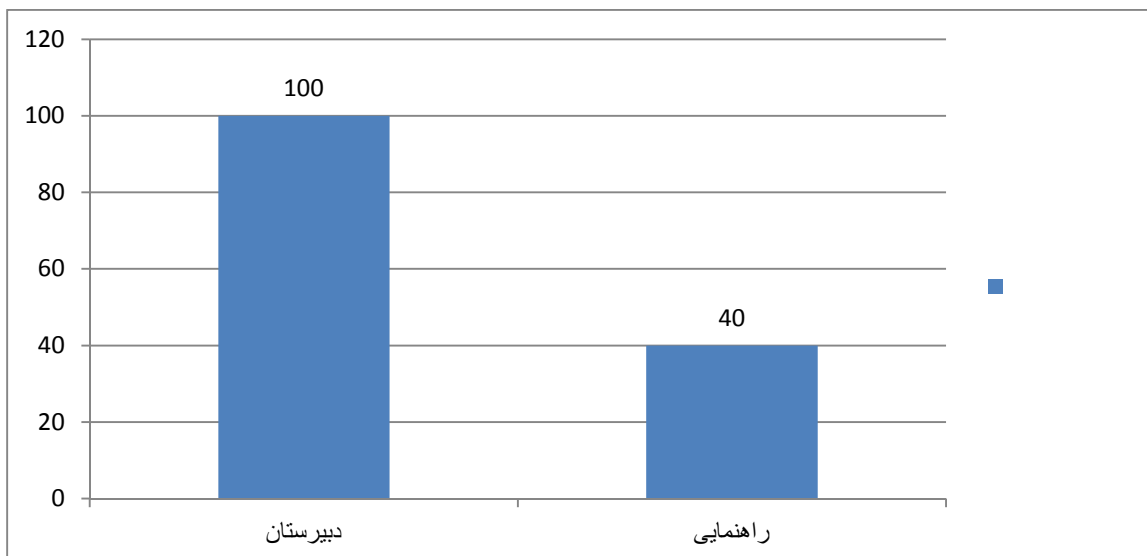
نمودار ۹-۸

درصد شیوع گواتر براساس معاینه بالینی در دانش آموزان ۱۰-۸ ساله مدارس در استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۸۶ (برحسب درجه ۱ و ۲)



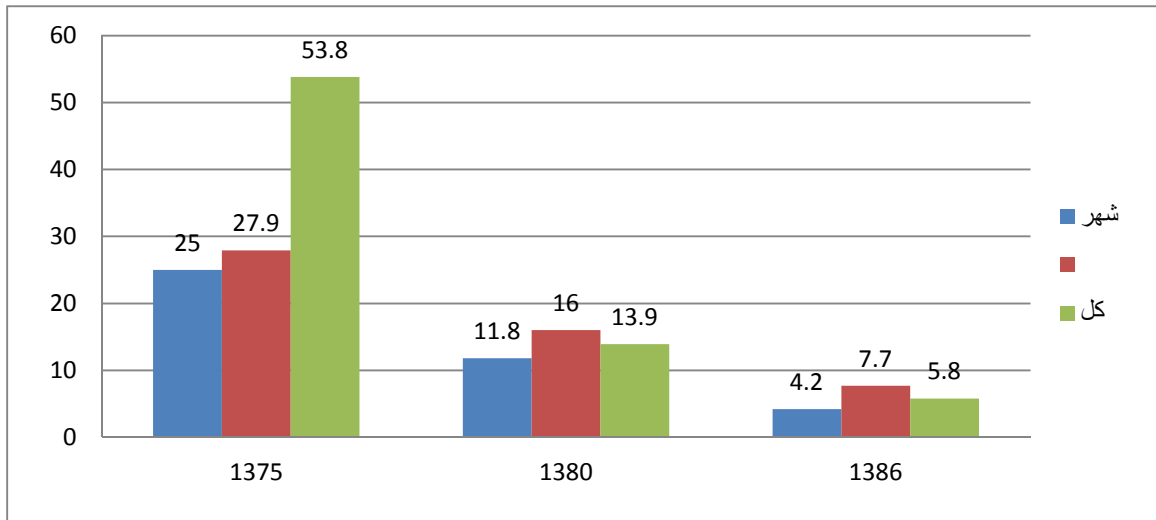
نمودار ۱۰-۸

درصد پوشش آهن یاری دختران سنین بلوغ در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ در استان آذربایجان غربی



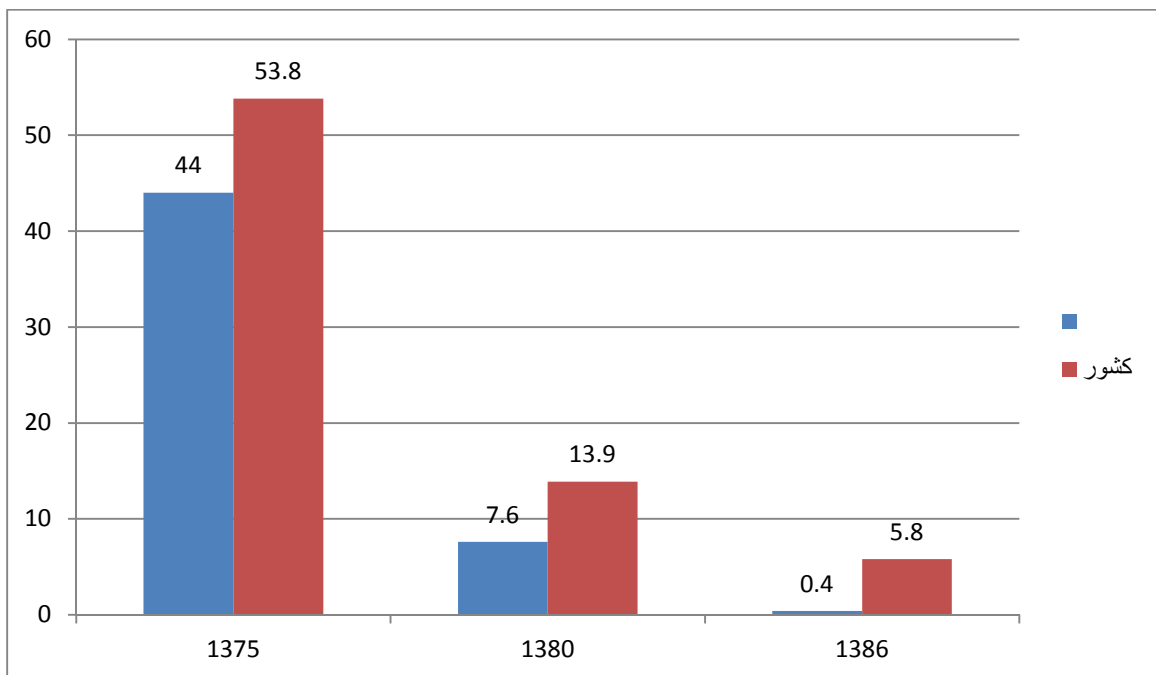
نمودار ۱۱-۸

مقایسه شیوع گواتر در پایش ملی سال های ۱۳۷۵ - ۱۳۸۰ - ۱۳۸۶ در کل کشور



نمودار ۱۲-۸

درصد شیوع گواتر در دومین - سومین و چهارمین پایش ملی کشور



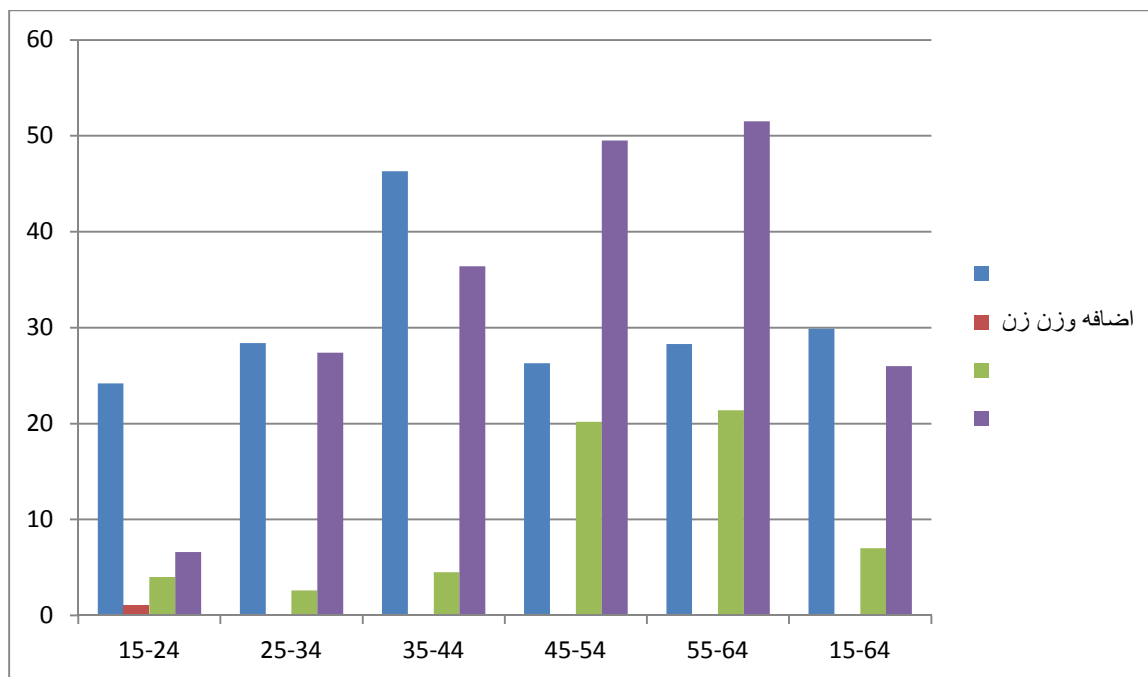
جدول ۴-۸

وضعیت نمک مصرفی خانوارهای استان آذربایجان غربی در بررسی ملی سال ۱۳۸۶

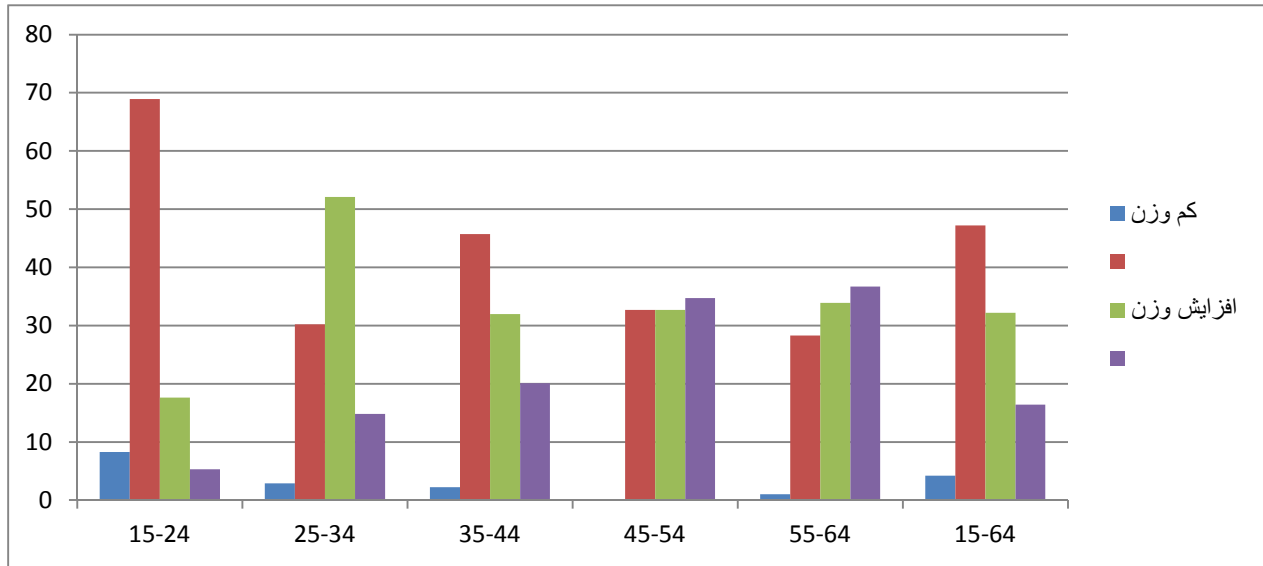
نحوه نگهداری		تغییر رنگ با کیت یدسنج	تصفیه شده	وضعیت نمک
نامناسب	مناسب			
۳۵/۹	۶۴/۱	۹۷	۹۳/۴	درصد

نمودار ۱۳-۸

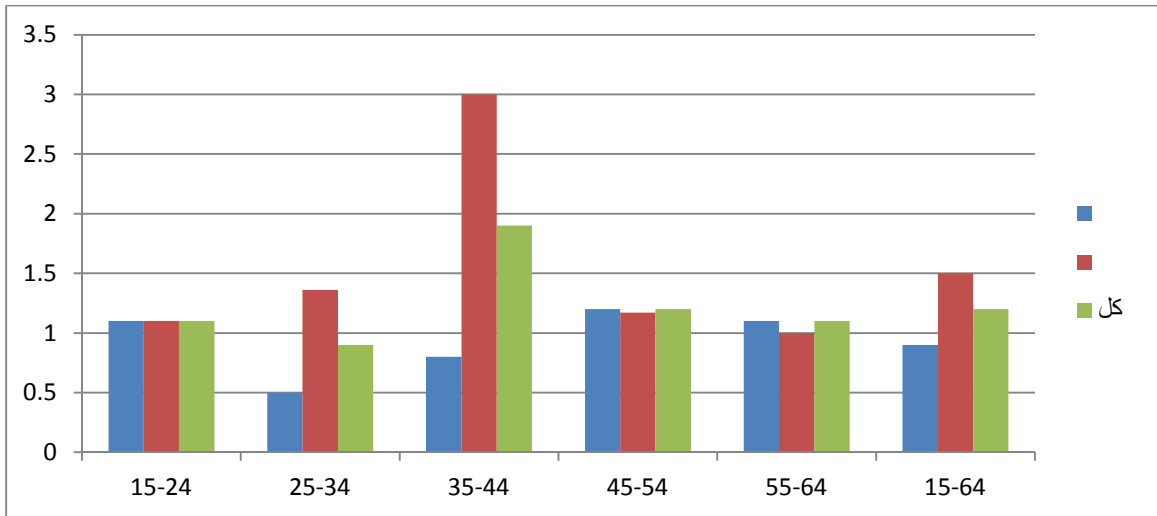
درصد افراد دارای BMI بالای ۲۵ برحسب سن و جنس در استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۸۸



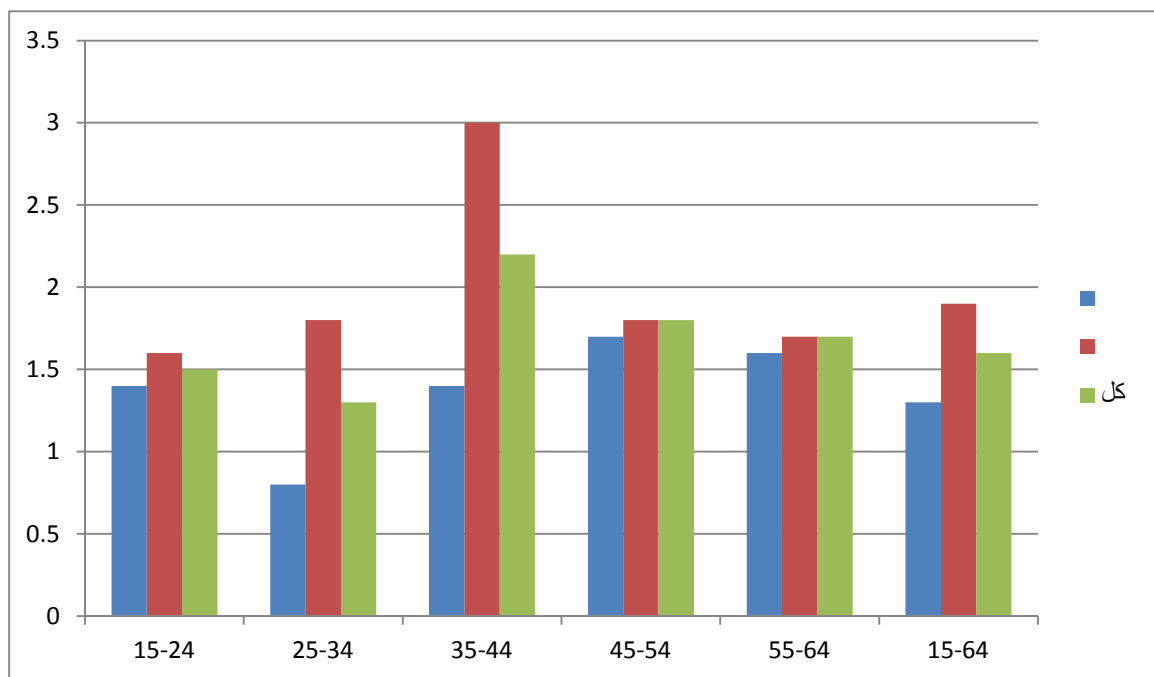
توزیع فراوانی نسبی برحسب BMI و گروه سنی در استان آذربایجان غربی در سال



میانگین تعداد واحد مصرف میوه درروز برحسب گروه سنی و جنس در استان آذربایجان غربی در سال



میانگین تعداد واحد مصرف سبزی درروز برحسب گروه سنی و جنس در استان آذربایجان غربی در سال



درصد خانوارهایی که از نمک یددار استفاده کرده اند سال های

