مقاله پژوهشی

ارزیابی کارآیی اجرایی و روند استقرار سند تغذیه و امنیت غذایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

رسول انتظارمهدی[۱*]، زهرا عبداللهی[۲]، فرزانه صادقی قطب‌آبادی[۳]، فریبا بابایی[۴]، لیلا خاکزاد[۵]، احمدرضا شمشیری[۶]، مرتضی عبداللهی[۷]، الهام احمدنژاد[۸]، حامد مجرد[۹]، الهام صادقی[۱۰] و سکینه نوری سعیدلو[۱۱]

۱- دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده تحقیقات بالینی، استادیار گروه آمارزیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه ، ایران.
۲- دکتری تخصصی تغذیه، مدیرکل بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
۳- کارشناس ارشد تغذیه، کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
۴- کارشناس تغذیه، معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
۵- رییس گروه امار و تحلیل عملکرد معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
۶- دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، استادیار گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۷- دکتری تغذیه، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۸- دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، دانشیار گروه اپیدمیولوژی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۹- کارشناس ارشد بهداشت حرفه‌ای، کارشناس بهداشت حرفه‌ای، معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
۱۰- دانشجوی دکترای تخصصی مامایی، معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
۱۱- دکتری تخصصی تغذیه، استادیار علوم تغذیه، مرکز تحقیقات سلامت مواد غذایی و آشامیدنی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.

***نویسنده مسئول:** مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران، آدرس پست الکترونیک: r_entezar_mahdi@yahoo. com، شماره تلفن همراه: ۰۹۱۴۳۴۵۳۳۹۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۴/۲۵ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱۰**

چکیده

مقدمه: *وزارت بهداشت درمان و اموزش پزشکی در راستای اجرای برنامه‌های هدف‌گذاری شده، سند ملی تغذیه و امنیت غذایی را برای اولین بار تدوین و چارچوب تدوین واجرای سند استانی تغذیه و امنیت غذایی را به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ کرد. این مطالعه بر آن که است سند تغذیه و امنیت غذایی تدوین شده توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی مراکز استان‌های کشور را مورد ارزیابی قرار داده و راهکارهای ارتقای کارآیی و اثربخشی استقرار اسناد استانی در سطح سازمانی، بین سازمانی و جامعه را تبیین کند.*

روش کار: *به منظور ارزشیابی، مستندات دریافتی توسط دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور طبقه‌بندی شدند. محورهای مورد مطالعه عبارت از برش استانی سند، جلب حمایت ذی‌نفعان، بسترسازی استقرار و اجرای سند بودند که ارزیابی انطباق خوداظهاری انجام شد و نمره‌دهی انجام گرفت.*

یافته‌ها: *از ۲۸ استان دارای سند استانی تدوین شده (۹۰درصد)، در ۶۰درصد موارد مستند وجود داشت، در ۲۱درصد موارد ازداده‌های استانی استفاده نشده بود، در جلب حمایت ذی‌نفعان سند نیز اقدامات مطلوب انجام گرفته بود. در ارزیابی نتایج به عنوان مهم‌ترین رکن سند اقدامات موثر انجام نشده بود. به‌طوری که از ۲۵۵ پروژه پیش‌بینی شده در خوداظهاری، برای۷پروژه مستندات موجود بود و از این تعداد ۶ پروژه مصوب واجرا شده بودند و صرفا برای ۴ پروژه منابع مالی تصویب شده و در اختیار محققان قرار گرفته بود و برای ۵ پروژه گزارش مکتوب ارائه شد.*

نتیجه‌گیری: *باوجود توفیقات نسبتا مطلوب در اکثر حوزه‌های برنامه‌ریزی و هدف‌گذاری شده سند در سطح ملی، ارزیابی‌ها نشان می‌دهند این روند در سطوح استانی با موفقیت چندانی همراه نبوده است. این مطالعه به‌وضوح فقدان حمایت سیاست‌گذاران از برنامه‌های تغذیه‌ای را نشان می‌دهد و حمایت‌طلبی از برنامه‌های تغذیه‌ای را ضعیف ارزیابی می‌کند.*

واژگان کلیدی: *سند ملی، تغذیه، امنیت غذایی، ایران*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

مقدمه

یکـی از مهم‌ترین زمینه‌های مورد توافق جهانی براسـاس اعلامیـه جهانی ریو ۲۰[1]، اجماع در حق تامین دسترسـی هر زن، مرد و کودک به غذا و تامین زیر ساخت‌های لازم به‌منظور ریشـه‌کنی فقر و گرسـنگی و بهبود وضعیت تغذیه‌ای اسـت [۱]. نابرابری در دسترسـی و نیز بهره‌مندی نامطلوب از زمین کشـاورزی و افزایش جمعیت و تغییـرات آب و هوایی، ایجاب می‌کند دولت‌ها نسـبت به تمهیدات زیرسـاختی در راسـتای تامین امنیت غذایی اقـدام کنند [۲]. هر چند نتایج مطالعات برروی کشـورهای در حال توسـعه حاکی از پیشرفت معنادار بهبود امنیت غذایی و تغذیه اسـت اما پیشرفت‌های مذکور هم از بعد منطقه‌ای و هم از بعد امنیت غذایی نامطلوب باقی مانده است [۳].

امـروزه به‌دلیل غالب بـودن دیدگاه عدالت در سـلامت، تامیـن غذای کافی به عنوان مولفه اصلـی در امنیت غذایی از سـطح کلان به سـطح محلی-خانواده و فرد کشیده شده و در ۳ گروه قدرت خرید با ۶ شـاخص، دسـتیابی[2] با ۸ شـاخص و کیفیت و ایمنی[3] با ۱۴ شـاخص وضعیت کلی کشورها را مورد ارزیابی قرار می‌دهد [۴]. بهره‌مندی از غذای مناسب برای زنان و کودکان به عنوان یک حق فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی در سطح بین‌المللی- منطقه‌ای- ملی مورد توافق بین‌المللی بوده و از بیش از ۵۰ سال گذشته به رسمیت شناخته شده است [۵].

از طرفی سازمان جهانی بهداشت درخصوص شاخص‌های وضعیت غذا و تغذیه کشـورها اسـناد متعددی را منتشر کرده که در ۵ حوزه سبد غذایی، سـبد خانوار، پیامدهای تغذیه‌ای، امنیت غذایـی و عوامل بیرونی طبقه‌بنـدی و مجموعا در ۱۴ محور کلی با بیش از ۹۰ شـاخص خلاصه شده است. همچنین سازمان جهانی بهداشت در نشست عمومی سال ۲۰۱۲، اجرای پروژه‌های مرتبط با تغذیه مادران، شیرخواران و کودکان جوان مشـتمل بر تحقق ۶ هـدف زیر را تا ۲۰۲۵ برای کشـورهای عضو توصیه کرده اسـت. باوجود به رسمیت شناخته شدن این حق در عرصه بین‌المللی متاسـفانه شکاف عمیقی بین امنیت غذایی- تغذیه‌ای[4] تعریف شده و وضعیت موجود کشورها وجود دارد. بر این اسـاس و از سال ۲۰۰۳ تلاش‌های سازمان‌یافته‌ای بـه منظور متعهد سـاختن دولت‌ها برای تدوین سـند امنیت غذایی و تغذیه‌ای و ادغام و اجرای آن در نظام مدیریت اجرایی دولت‌ها شـدت گرفت و اصول ۷گانه‌ای نیز برای تدوین سـند مشـتمل بر مشارکت جمعی، پاسخگویی دولت، بدون تبعیض، گـردش آزاد اطلاعـات، کرامت انسـانی، ازادی حق انتخاب و رعایت قوانین تعیین شد [۶].

امروزه کلیـه اهداف و فعالیت‌های راهبردی کشـورها در قالب سـندی پیگیری می‌شـود که اصولا در یکی از نهادهای قانون‌گذاری هر کشور تصویب شده و منابع مالی آن پیش‌بینی شده و مکانیسم پیگیری مصوبات با هماهنگی و مشارکت بین بخشـی تعیین و تعریف شـده و دارای برنامه زمان‌بندی شده است [۷]. در این راستا شواهد مختلفی نیز از جمله بیانیه‌های رم [۸]، ارزیابـی امنیت غذایی و تغذیه‌ای در سـطح خانوار با تمرکـز بر کـودکان و مراقبان آنها در آفریقـا [۹]، برآوردهای آماری ناشـی از عوامـل موثر در بروز سـوءتغذیه [۲,۹,۱۰] و گزارشات سالیانه سـازمان جهانی بهداشت و خواربار جهانی و بانـک جهانی به کمک محققان و سـازمان‌های بین‌المللی، در راستای تدوین اسناد ملی کشورها تولید شده است.

سند ملی امنیت غذایی - تغذیه‌ای جمهوری اسلامی ایران

بـه دلایـل گـذر دموگرافیـک، گـذر تغذیـه‌ای و گذر اپیدمیولوژیک از بیماری‌های واگیر به غیرواگیر و همچنین در راسـتای همگامی و مشارکت در پیشبرد اهداف جامعه جهانی، وزارت بهداشـت درمان و آموزش پزشـکی تدوین سند جامع امنیت غذایی- تغذیه‌ای را از سال ۱۳۹۰ در دستور کار قرار داد. یکی از فعالیت‌های پیش‌بینی شده در سند ملی، تدوین اسناد اسـتانی امنیت غذایی - تغذیه‌ای با ملاحظات و پتانسیل‌های محلی بود. این پژوهش در پی ارزیابی کارآیی اسـناد اسـتانی امنیت غذایی- تغذیه‌ای در دانشـگاه‌ها و دانشـکده‌های علوم پزشـکی کشور، آسیب‌شناسی و تدوین گزارش جامعی از روند استقرار سند در اقصی نقاط کشور است.

سـند ملـی امنیـت غذایی-تغذیـه‌ای در دو بخش با ۲۰ هدف راهبردی در سـال ۱۳۹۴ و ۸ هدف راهبردی در سـال ۱۳۹۹ تدوین شـده است. بخش اول سند مدل مفهومی بومی شـده در ۴ حیطه سبد غذایی، سـفره خانوار، امنیت غذایی و

۱. اجلاس سـازمان ملل متحد در زمینه محیط زیسـت و توسـعه پایدار که بزرگترین و معتبرترین گردهمایی سـازمان ملل متحد اسـت، با عناوینی همچون "اجلاس ریو"، "کنفرانس ریو" و "اجلاس زمین" شناخته می‌شود.

1. Affordability 2. Availability 3. Quality & safety 4. (Food&Nutrition security(FNS)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

پیامدهــای تغذیه‌ای و عوامل بیرونی را با بیش از ۳۰ شــاخص اختصاصی مورد بررســی قــرارداده و در ۳ حوزه تغذیه-ایمنی غذایی-تامین پایدار غذا، دســتگاه‌های حاکمیتی و پشتیبان و شــبکه‌های توزیع را مورد ارزیابی قرار داده است. سند متشکل از ۲۰ برنامه است که برای هر برنامه پروژه‌های متعددی تعریف شده که متناسب با نیازهای استانی وبه عنوان متولیان سلامت به مورد اجرا گذاشــته می‌شود. همچنین در سند ملی، تدوین اسناد استانی و اقدام وفق مفاد آن که به امضای رییس دانشگاه و معاونت بهداشــت وزارتی رســیده، پیش‌بینی شده است. این گزارش روند تدوین و استقرار سندهای استانی را مستند کرده و مورد ارزیابی قرار داده اســت. بدیهی اســت ایــن ارزیابی به عنــوان ارزیابی حلقه دوم، با تعیین شــکاف وضعیت موجود با مطلوب و تحلیل آمادگی استان‌ها تدوین شده تبیین نماید.

روش کار

در ایــن پــروژه تحلیل سیاســتی ســند امنیــت غذایی و تغذیه‌ای کشور مد نظر نبوده اما این امر مجالی را فراهم کرد تا پس از تبیین فرآیند کار در یک زمینه به‌هم پیوسته و منسجم بخــش مرتبط با پــروژه با دقت مورد ارزیابی و ارزشــیابی قرار گیرد. دراین حوزه گســترده، دانــش و ایده کانون اصلی اقتدار یک سیاســت ملی محســوب می‌شــود و این دو مولفه از بدنه نظام سلامتی نشأت میگیرد که قرار است سیاستی در راستای رســالت سازمانی آن با بهره‌مندی از قدرت نظام سیاسی (قوای تقنینی و اجرایی)؛ باوجود تنوع ســلایق سیاســی و فشارها و قضاوت‌هــای مختلف اقتصادی- اجتماعی ابلاغ و درکل جامعه ســاری و جاری شود. بدیهی اســت هر قدر این مسیر پیچیده مبتنــی بر پژوهش‌های میدانی باشــد، با تقویــت توان اجماع همگانی، موفقیت سیاست اتخاذی را تضمین می‌کند.

به منظور ارزیابی از چک‌لیســت مدون معرفی شده توسط سازمان جهانی بهداشت، برگرفته از اسناد بین‌المللی و براساس مفاد طرح مصوب، صرفا اجزای ارزیابی اســتانی مورد استفاده قرار گرفت [۱۱،۱۲] در این بخش نیز با توجه به ثبات نســبی در ظرفیت سازمانی (سازگاری برنامه‌ای با نیروی انسانی موجود و نیز تامین نســبی کارشناسان تغذیه در واحدهای محیطی به ازای هر مرکز / ۵۰ هزار نفر جمعیت و وجود زیر ســاخت‌های ســازمانی درخصــوص برنامه‌هــای ملــی تامیــن مکمل‌های دارویی(حداقل ۱۰ قلم مکمل دارویی) و ساختار سازمانی خرید-انبارش و توزیع در سطوح شهرستانی تا واحد ارائه خدمت، این موضوعات مــورد ارزیابی مجدد قرار نگرفتنــد. همچنین روند جلب مشــارکت و پذیرش جامعه به‌دلیل نبــود امکان ارزیابی دقیق اقدامــات به‌عمل آمده و برنامه‌ریزی فعالیت‌های آموزش همگانــی به‌صورت متمرکز توســط دفتر بهبــود تغذیه جامعه معاونت بهداشــت وزارت بهداشــت، درمان وآموزش پزشــکی (متولی سیاســت‌گذاری و پیشــبرد اهداف بهبود تغذیه جامعه از طریق ارتقای سطح دسترسی فیزیکی و دسترسی اقتصادی بــه غــذا، افزایش ســواد و فرهنگ تغذیه‌ای، فرهنگ‌ســازی و آموزش تغذیه، مشارکت در تدوین سیاست‌های نوین در عرصه غذا و تغذیه در برنامه‌های توســعه ملــی و منطقه‌ای، تدوین و پیشنهاد لوایح و آیین‌نامه‌های مرتبط با تغذیه جامعه، طراحی مداخلات تغذیه‌ای در چارچوب ارزش‌ها و قوانین جاری کشور) با تخصیص منابع مالی متناســب و اجرای همزمان فعالیت‌ها و پویش‌ها در سطح کشور مورد استفاده قرار نگرفت.

همچنین در فرآیند مطالعه از کارشناسان تغذیه درخصوص مشــکلات و موانع اجرایی فعالیت‌های برنامــه‌ای بهبود تغذیه جامعه نظر خواهی انجام شــد که مــورد اهتمام قرار نگرفت و تکمیل نشــد. به‌طــور خلاصه این مطالعه معطــوف به ارزیابی محتوای سند، جلب حمایت ذی‌نفعان، روند بسترسازی استقرار سند استانی و پروژه‌های تعریف شده مصوب در مراجع تعریف شــده استانی براساس خوداظهاری و ارزیابی انطباق انجام شد. در این مطالعه ارزیابی کارآیی، اثربخشــی مداخلات و سطح اثر مد نظر نبود و انجام نشد.

ابزارهای ارزشیابی و تصمیم‌گیری

ابزارهای ارزیابی چک‌لیست‌هایی بود که در ۴ بخش مجزا به شرح زیر با اجماع نظرات کارشناسی تدوین شد:

۱-برش استانی سند تغذیه و امنیت غذایی با ۱۰ شاخص کلی
۲-جلب حمایت ذی‌نفعان برنامه با ۳ شاخص
۳-بسترسازی استقرار سند با ۷ شاخص
۴-اجرا، پایش و ارزشیابی با ۵ شاخص

خلاصه اطلاعات این طبقه‌بندی و شــاخص‌های هرطبقه به‌شرح زیر است:

الف) برش استانی سند تغذیه و امنیت غذایی

این بخش دارای ۱۰ شاخص کلی بود و موارد زیر را شامل می‌شد:

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

ردیف	عنوان شاخص
۱	تدوین سند استانی
۲	وجود شاخص جهانی
۳	وجود شاخص ملی
۴	استفاده از داده استانی
۵	انجام تحلیل
۶	انطباق با اهداف کشوری
۷	پیش‌بینی مداخلات تامین پایدار غذا
۸	پیش‌بینی مداخلات ایمنی غذا
۹	پیش‌بینی مداخلات امنیت تغذیه
۱۰	تعریف منابع مالی

میزان استفاده از شاخص‌ها و اهداف بین‌المللی در راستای تدوین سند، سیاست‌های تغذیه‌ای و جایگاه آن در سیاست‌های کلی، مقررات و چارچوب‌های رسمی و برنامه‌ها- پروژه‌ها و فعالیت‌های در دست اجرا، توصیف ادغام برنامه‌های تغذیه‌ای در نظام شبکه و سایر برنامه‌های جاری نظیر IMCI[2]، مادر و کودک، توصیف نحوه ادغام یا لحاظ شدن موضوعات کاهش فقر در برنامه‌ها (ملی)، توصیف گروه‌ها و پوشش برنامه‌ها و مشارکت سایر بخش‌ها (بنیادهای علوی- برکت و کمیته امداد امام خمینی و بهزیستی)، توصیف مقررات موجود در کشور درخصوص برنامه‌های تغذیه‌ای (غنی‌سازی-کدگذاری کالاها- علائم هشداردهنده و چه کسی و چه ارگانی مسئول پایش عملکرد است.

خلاصه‌ای از وضعیت تغذیه‌ای جامعه، انجام مقایسه‌های شهرستانی- استانی- ملی، تبیین شاخص‌های سواد سلامت و تغذیه‌ای جامعه خانوار و مادران و ارائه‌کنندگان خدمات، توصیف بودجه برنامه‌های بهبود تغذیه، منابع اصلی بودجه و روند تخصیص آن در وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌ها، توصیفی از نحوه جمع‌آوری اطلاعات تغذیه‌ای کشور و استان و اطلاعات زمینه‌ای درخصوص چالش‌های اساسی تغذیه‌ای ناامنی غذایی (کیفیت پایین و کمیت پایین)، بالا بودن قیمت ها، مراقبت نامطلوب کودکان، فقدان دانش، فقر سواد سلامت از جمله تغذیه، فقر، بحران‌های طبیعی)

ب) جلب حمایت ذی‌نفعان برنامه

تهیه نقشه‌ای از ذی‌نفعان سازمانی و مکانیسم‌های هماهنگی درخصوص تغذیه، توصیف و رسم روابط سازمانی وزارت/ سازمان سطح ملی با سازمان/ اداره کل استانی و ساختار سازمانی و ترسیم نقش سازمان‌های مردم‌نهاد موثر در حوزه تغذیه و تهیه اطلاعات درخصوص چه کسی، کجا و در چه مقیاسی کار انجام می‌دهد و خلاصه‌سازی اطلاعات و تهیه فهرستی از موانع و چالش‌های پیش رو در حمایت طلبی از ذی‌نفعان برای تدوین و یا استقرار سند

ج) بسترسازی برای استقرار

در این قسمت نیز ارزیابی بیشتر شکلی بوده و براساس مستندات اداری دریافتی انجام شد. این قسمت مشتمل بر موارد زیر بود: تصویب سند در هیئت رئیسه دانشگاه- شورای دانشگاه- هیئت امنای دانشگاه- کارگروه سلامت و امنیت غذایی، برگزاری جلسات توجیهی وتوانمندسازی، صدور ابلاغ برای اعضای کارگروه‌های تخصصی، امضای تفاهمنامه‌ها، تشکیل کارگروه‌های درون‌بخشی و کارگروه‌های بین‌بخشی

د) اجرا، پایش و ارزشیابی

این قسمت نیز شامل اقداماتی می‌شد که پس از بررسی محتوایی و تناسب پروژه‌های مصوب با اهداف سند استانی مورد استفاده قرار گرفتند. در این قسمت تعداد پروژه‌های تدوین شده، مصوب شده، اجرا شده وارد شدند و منابع مالی تامین شده پروژه‌ها و تعداد گزارش پروژه‌های اجرا شده آخرین اجزای مورد بررسی بودند.

شیوه جمع‌آوری و اعتبارسنجی داده‌ها

به منظور اعتبارسنجی مستندات دریافتی براساس ۲۵ شاخص تعریف شده به شرح زیر:

و براساس فرم‌های تکمیل شده (خوداظهاری)، ابتدا وجود مستند در حوزه هر شاخص با پاسخ بلی/ خیر مورد پرسش قرار گرفته و سپس در ستون بعدی با عنوان «وجود مستندات» پاسخ توسط دانشگاه درج می‌شد و به منظور انطباق، گزارشات با مستند داده‌ها مورد بررسی قرار می‌گرفت. در این قسمت اسناد طبقه‌بندی شده با مستندات دریافتی از دانشگاه‌ها به‌صورت نظام‌مند براساس چک‌لیست تنظیمی بررسی، ارزیابی و به شرح زیر اعتباربخشی شدند.

۱- حذف اسناد تکراری

۲- اصلاح عناوین برخی اسناد براساس ترمینولوژی برنامه

۳- حذف اسناد ملی به عنوان سند استانی

2. IMCI:Integrated Management of Chidhood Illness

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

ردیف	عنوان شاخص
۱	تدوین برش استانی سند تغذیه و امنیت غذایی
۲	جمع‌آوری و تحلیل شاخص‌های جهانی تغذیه
۳	اشاره به شاخص‌های ملی در برش استانی
۴	جمع‌آوری داده‌های استانی در زمینه غذا و تغذیه
۵	مقایسه و تحلیل شاخص‌های استانی با ملی و جهانی
۶	تعریف اهداف استانی در راستای اهداف کشوری
۷	طراحی مداخلات در حوزه تامین پایدار غذا
۸	طراحی مداخلات در حوزه ایمنی غذایی
۹	طراحی مداخلات در حوزه امنیت تغذیه
۱۰	تعیین ردیف‌های منابع مالی برای اجرای برنامه
۱۱	تعیین افراد کلیدی ذی‌نفع برای تصمیم‌گیری
۱۲	تشکیل جلسات توجیهی و حمایت‌طلبی برای مسئولان ارشد استانی
۱۳	ارسال سند مدون به ذی‌نفعان برای جلب حمایت
۱۴	تصویب برنامه استانی توسط هیئت رئیسه دانشگاه
۱۵	تصویب برنامه تدوین شده استانی توسط کارگروه سلامت و امنیت غذایی
۱۶	تشکیل جلسات توجیهی در زمینه سند و شیوه استقرار آن
۱۷	صدور ابلاغ اعضای کارگروه تخصصی تغذیه و امنیت غذایی
۱۸	انعقاد تفاهمنامه همکاری بین‌بخشی برای اجرای برنامه
۱۹	تشکیل کارگروه درون‌بخشی
۲۰	تشکیل کارگروه برون‌بخشی
۲۱	تعداد پروژه‌های اولویت‌دار استانی تدوین شده در راستای اجرای برنامه
۲۲	تعداد پروژه‌هایی که به تصویب کارگروه تخصصی استان رسیده است
۲۳	تعداد پروژه‌های تعریف شده استانی که به مرحله اجرا رسیده است
۲۴	منابع مالی چه تعداد از پروژه‌ها تامین شده است؟
۲۵	گزارش اجرای چه تعداد از پروژه‌ها تدوین شده است؟

سپس هر جزء به‌طور اختصاصی مورد ارزشیابی قرار گرفت و درصورت تامین حداقل‌های مورد انتظار امتیاز مثبت و در غیر این‌صورت امتیاز منفی تعلق می‌گرفت و امتیاز نهایی هر شاخص به‌صورت درصد محاسبه شد. در صورت درج نشدن پاسخ در هرمورد امتیاز موردی و کلی صفر منظور شد. داده‌های جمع‌بندی شده پس از پالایش داده‌ها مورد تحلیل قرار گرفت. در ادامه اجزا و روند تدوین سندهای استانی به عنوان جزیی از اجزای متکثر سند ملی مورد مداقه قرار گرفت. در حیطه بررسی اسناد محیطی با اجماع نظرات کارشناسی/ مدیریتی موارد زیر مد نظر قرار گرفت:

۱- دانشکده‌های علوم پزشکی (درصورت وجود) در دانشگاه علوم پزشکی مرکز استان ادغام شدند و بررسی برروی مجموعه سند ادغام‌یافته استان انجام گرفت. در این خصوص موارد ذیل مورد اقدام قرار گرفت:

* کلیه اسناد دریافتی براساس چک‌لیست جمع‌بندی و طبقه‌بندی شد.
* مبنای اقدام، مستندات دریافتی از مرکز استان شد و در موارد فقدان مستند استانی از اسناد دانشکده‌های تابعه استفاده و الحاق شد.
* درصورت فقدان سند در هر بخشی از اجزای چک‌لیست برای آن شاخص «خیر» منظور شد.
* درصورت وجود همزمان شاخص‌های استانی و شهرستانی، شاخص عملکردی استان مدنظر قرار گرفت.

۲-کلیه اسناد مکتوب دریافتی از دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی جمع‌بندی و در پوشه استانی طبقه‌بندی شد.

۳-اسناد هراستان براساس چک‌لیست مورد ارزیابی قرار گرفت.

۴-اعتبار داده‌ها از نظر صحت و دقت اطلاعات مندرج در فرم‌های دریافتی از دانشگاه‌ها/دانشکده با استفاده از مستندات وزارتی و پیگیری‌های اداری دوباره ارزیابی شد.

۵-اسناد هر استان به‌طور جداگانه براساس مستندات سند مورد ارزشیابی قرار گرفت.

یافته‌ها

پس از پایش و ارزیابی نحوه تدوین و اجرای سند ملی تغذیه در بین دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مورد بررسی، به‌طور کلی نتایج زیر حاصل شد: درکلیه استان‌ها (۳۱ استان) تفاهمنامه تدوین سند استانی بین معاونت بهداشت وزارتی و معاون بهداشت دانشگاه‌ها به امضا رسید. به جز ۳ استان گلستان، لرستان و همدان بقیه استان‌ها در این بررسی مشارکت کردند (میزان مشارکت۸۹ درصد). به عبارت دیگر در این ۳ استان تدوین سند مورد اقدام قرار نگرفته و پاسخی نیز باوجود پیگیری دریافت نشد. ارزیابی‌ها در دو جزء خوداظهاری و ارزیابی انطباق جداگانه انجام و با هم مقایسه شده‌اند. نتایج ارزیابی حاکی از اختلاف معنادار بین خوداظهاری و ارزیابی انطباق

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

بوده که نیاز به ژرف‌اندیشی داشت. کمترین میزان انطباق در ۴ محور مورد بررسی، در ارزیابی روند اجرای پروژه‌های مداخلاتی و سپس در ارزیابی محتوی متن سند بود. بیشترین میزان انطباق، نخست در محور جلب حمایت ذی‌نفعان سند که بدلایل مذکور در فصل قبلی مورد ارزیابی انطباق قرار نگرفتند، بود و سپس در محور بسترسازی استقرار سند بود که اقدامات بیشتر شکلی بود و اقدامات بوروکراتیک را شامل می‌شد.

۴ محور ذکر شده در فرم‌های ارزیابی به‌صورت مجزا از هم مورد بررسی قرار گرفتند و ارتباط بین این محورها در نظر گرفته نشده که نتایج این ۴ بخش به شرح زیر به دست آمد:

محور یک : برش استانی سند تغذیه و امنیت غذایی

* از ۲۸ استان که سند استانی تدوین شده گزارش شده بود، سند ۱۷ استان به‌صورت مستند وجود داشت و ارائه شد (۶۰درصد).

* در بین ۱۰ شاخص مرحله اول، کمترین شاخص خوداظهاری متعلق به درج شاخص‌های جهانی (۷ استان) و شاخص‌های ملی (۸ استان) بود که با ارزیابی انطباق نیز در کمترین حد (۵ شاخص) بود. به عبارت دیگر در تدوین سند به شاخص‌های جهانی و ملی پرداخته نشده بود و سند صرفا براساس تجربیات فردی- سازمانی تدوین شده بود.

* استفاده از داده‌های استانی نیز مورد توجه قرار نگرفته بود (۲۱درصد) که می‌تواند بیانگر فقدان مطالعات زمینه‌ای در استان و یا بی‌اطلاعی تدوین‌کنندگان از این مطالعات باشد.

* باوجود پایین بودن شاخص استفاده از داده‌های استانی، به تحلیل منطقه‌ای پرداخته شده بود که نشان‌دهنده تجربه و توانمندی تدوین‌کنندگان سند است.

* تدوین‌کنندگان در ۳ حوزه: اهداف کشوری- تامین پایدار غذا - امنیت تغذیه‌ای شاخص‌ها را به‌خوبی احصا و مورد توجه قرار داده بودند اما ایمنی غذایی مورد کم‌توجهی واقع شده بود که می‌توان فقدان احاطه دانشی- تجربی تدوین‌کنندگان در این حوزه و ضعف بهره‌مندی از پتانسیل سایر واحدهای درون‌بخشی (بهداشت محیط و مبارزه با بیماری‌های واگیر) را دخیل دانست.

در اکثریت اسناد تدوین شده با کمترین اختلاف بین خوداظهاری و ارزیابی انطباق منابع مالی پیش‌بینی شده بود که نشان‌دهنده آشنایی تدوین‌کنندگان با چارچوب برنامه‌های عملیاتی است.

محور دوم: جلب حمایت ذی‌نفعان برنامه

در این مرحله مدیران برنامه در استان در تعیین ذی‌نفعان و تشکیل جلسات توجیهی و ارسال سند به آنان به‌خوبی عمل کرده‌اند. هرچند تفاوت در این مرحله بین خودارزیابی و ارزیابی انطباق هم به درجاتی مشهود است.

محور سوم: بسترسازی برای استقرار سند

بااینکه ۲۸ استان اظهار کرده و سند استانی را تدوین کرده‌اند اما فقط در ۲۲ استان سند در هیئت رئیسه دانشگاه (مهم‌ترین رکن سیاست‌گذاری، پشتیبانی و اجرایی سند) تصویب شده بود و مفاد مصوبه فقط در ۱۹ استان ارائه شد (۶۸درصد).

در این مرحله ۷ شاخص که بیشتر شامل تامین حمایت قانونی در قالب دانشگاه و استان و سازماندهی اقدامات برای استقرار سند بود مد نظر قرار داشت. با اینکه ۶۸ درصد اسناد در هیئت رئیسه مصوب شده بود اما ۸۶ درصد اسناد استانی در کارگروه سلامت و امنیت غذایی مصوب شدند که نشان‌دهنده چرخه نه‌چندان مطلوب اداری در فرآیند ارائه و تصویب اسناد استانی نظام سلامت است. به عبارت دیگر اعضای هیئت رئیسه ۵ دانشگاه که مجموعه‌ای از مدیران ارشد دانشگاه را شامل می‌شود، از فرآیند کاری سند اطلاع رسمی نداشته‌اند.

در ۸۶ درصد موارد، سند در جلسات توجیهی معرفی شده و برای اعضای تعیین شده در سند ملی ابلاغ صادر (۶۴ درصد) و در ۷۱ درصد موارد نیز تفاهمنامه بین بخشی منعقد شده است.

در ۸۲ درصد موارد کارگروه داخلی و کارگروه بین بخشی تشکیل شده است (با ارزیابی انطباق)

محور چهارم: اجرا، پایش و ارزشیابی

مهم‌ترین بخش ارزیابی سند، مرحله آخر آن، یعنی روند اجرای سند است. حسب پیش‌بینی‌های به‌عمل آمده در سند ملی مقرر شده بود بعد از طی مراحل سه‌گانه نسبت به تعریف و تعیین پروژه‌های مداخلاتی اقدام شود. به عبارتی این مرحله ماحصل ۳ محور قبلی بوده و کیفیت و اثربخشی سند استانی را نیز به‌وضوح تبیین می‌کند.

فارغ از محتوای پروژه‌های مداخلاتی تعیین شده (۲۵۵ پروژه در خوداظهاری) که محققان به آنها دست پیدا نکردند، فقط برای ۷ پروژه مداخله‌ای درارزیابی انطباق مستند ارائه شد.

از میان ۷ پروژه در اولویت نظام سلامت، فقط ۶ سند در مراجع ذیصلاح دانشگاهی/ استانی مصوب شده، هرچند در خوداظهاری این پروژه‌ها ۱۴۲ ذکر شده بود.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

در حوزه اجرای پروژه‌های مداخلاتی، برای ۱۸۸ پروژه خوداظهاری اعلام شده بود که اختلاف آن با پروژه‌های مصوب (۱۴۲) ۴۶ پروژه را شامل می‌شود که معلوم نیست در چه مرجعی تصویب و اجرا شده است.

دانشگاه‌ها اعلام کرده‌اند که برای ۱۸۱ پروژه منابع مالی تامین کرده‌اند اما مستند اداری فقط برای ۴ پروژه ارائه شد.

به‌صورت خلاصه در این مرحله فقط ۷ پروژه در اولویت معرفی، ۶ پروژه مصوب و ۷ پروژه اجرا و برای ۴ پروژه منابع مالی مشخص پیش‌بینی شده بود و برای ۵ پروژه گزارش مکتوب پس از اتمام وجود داشت.

به منظور بهبود فرآیند ارزیابی وپیشگیری از سوگرایی اطلاعات و انتخاب و بدون در نظر گرفتن مخدوش‌کننده‌های جاری (ساختاری، سازمانی و مالی) طبقه‌بندی‌های مختلف استان‌ها از جمله قطب‌های دانشگاهی، اقلیم‌ها و پژوهش سمپات مورد مطالعه قرار گرفت. پژوهش سمپات (سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه در ایران که بر اساس این پژوهش اولین نقشه وضعیت امنیت غذایی در استان‌های کشور با توجه به زیرساخت‌های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و تغذیه‌ای مرتبط با امنیت غذا و تغذیه تدوین شده است) به‌دلیل مبنایی بودن طبقه‌بندی استان‌ها براساس نقشه آسیب‌پذیری و ناامنی غذایی که قبلا انجام گرفته مورد استناد قرار گرفت [۱۳] به‌شرح زیر:

وضعیت امنیت غذایی	استان‌ها
بسیار امن غذایی	قم، اصفهان، سمنان، تهران، یزد
امن غذایی	آذربایجان شرقی، قزوین، مازندران
نسبتا امن غذایی	زنجان، آذربایجان غربی، خراسان رضوی، خراسان شمالی، مرکزی، همدان، گلستان، گیلان
نسبتا ناامن غذایی	اردبیل، چهارمحال و بختیاری، فارس، کرمانشاه، کردستان، لرستان، خراسان جنوبی
ناامن غذایی	خوزستان، کرمان، ایلام، بوشهر
بسیار ناامن غذایی	هرمزگان، کهکیلویه و بویراحمد، سیستان وبلوچستان

طبق بررسی‌های به‌عمل آمده مشخص شد که درخصوص استان‌های عضوگروه بسیار ناامن غذایی و ناامن غذایی (۷استان) براساس هماهنگی‌های دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت نشست هم‌اندیشی در دی ماه سال ۱۳۹۳ به منظور کمک به اصلاح شاخص‌های مرتبط و اتخاذ تدابیر لازم در سازمان برنامه بودجه با حضور مقامات ارشد استانی و روسای دانشگاه‌ها، معاون بهداشت و مدیرکل دفتر بهبود تغذیه و معاون اجتماعی سازمان برنامه برگزار شد و مورد حمایت‌های اختصاصی قرار گرفتند. شاخص‌های بررسی شده براساس محورهای چهارگانه مورد ارزیابی در سند تغذیه و امنیت غذایی استان‌ها در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

همان‌گونه که در جدول شماره ۲ نشان داده شده، در تدوین سند کمترین نقش را مناطق نسبتا ناامن و بسیار ناامن داشته‌اند. باتوجه به اینکه عمده هدف از تدوین سند استانی جلب توجه و البته حمایت مدیران ارشد استان و دستگاه‌های اجتماعی ازجمله سلامت استان‌های غیربرخوردار به موضوع غذا و تغذیه و امنیت غذایی بوده، این هدف تحقق پیدا نکرده است. این دو منطقه حتی در جلب حمایت شکلی ذی‌نفعان نیز نتوانسته‌اند موفق عمل کنند، در حالی که در مناطق بسیار امن، امن و نسبتا امن که ۱۵ استان را شامل می‌شود (با دو استانی که در این بررسی مشارکت نکردند و از گروه نسبتا امن بودند جمعا ۱۷ استان) اقدامات مورد نظر به‌صورت نسبی انجام شده است.

همچنین در بسترسازی اجرای سند نیز کمترین امکان اجرایی در گروه استان‌های نسبتا ناامن متمرکز بود و سپس برای بسیار ناامن و ۳ منطقه برخوردار بیشترین امکان اجرایی را داشته‌اند.

استان‌ها در اقدامات شکلی از جمله در تعیین ذی‌نفعان/ صدور ابلاغ‌های عضویت/ تشکیل جلسات هماهنگی/ اخذ مصوبات مورد نیاز از مراجع ذیصلاح دانشگاه و استان/ تشکیل کارگروه‌ها اقدام کرده‌اند. طبق اطلاعات مندج در جدول شماره ۳، این موارد در ارزیابی برحسب مناطق ناامنی تغذیه‌ای به خوبی نشان می‌دهد که در مناطق نسبتا ناامن و ناامن و بسیار ناامن شواهد محیطی وجود نداشته یا امکان استفاده میسر نشده و می‌توان این موضوع را براساس نیروی انسانی شاغل نیز سنجید.

بحث

اصطلاح سیاست تغذیه‌ای اولین بار درگزارش نهایی مجمع

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

جدول ۱- شاخص‌های محورهای چهارگانه مورد ارزیابی سند تغذیه و امنیت غذایی استان‌ها -۱۳۹۷

	نام شاخص	فراوانی براساس چک‌لیست (خوداظهاری)	فراوانی براساس مستندات (ارزیابی انطباق)(درصد)
تدوین سند استانی	شاخص جهانی	۷	۵ (۷۰)
	شاخص ملی	۸	۵ (۶۲)
	اطلاعات استانی	۱۰	۶ (۶۰)
	تحلیل شاخص استانی	۱۹	۱۵ (۸۰)
	اهداف کشوری	۲۳	۱۷(۷۴)
	تامین پایدار غذا	۲۲	۱۷(۷۷)
	ایمنی غذا	۱۲	۱۰(۸۳)
	امنیت تغذیه	۲۴	۱۷(۷۱)
	منابع مالی	۱۸	۱۷(۹۴)
	تدوین برنامه عملیاتی	۲۸	۱۷(۶۰)
جلب حمایت ذی‌نفعان برنامه	تعیین افراد کلیدی ذی‌نفع برای تصمیم‌گیری	۲۸	۲۴(۸۵)
	برگزاری جلسات توجیهی و حمایت طلبی	۲۷	۲۴(۸۸)
	ارسال سند مدون به ذی‌نفعان	۲۷	۲۴(۸۸)
بسترسازی برای استقرار	تصویب سند در هیئت رئیسه	۲۲	۱۹(۸۶)
	تصویب سند در کارگروه ساغ	۲۸	۲۴(۸۵)
	برگزاری جلسات توجیهی و توانمندسازی	۲۶	۲۴(۹۲)
	صدور ابلاغ اعضا کارگروه‌ها	۲۳	۱۸(۷۸)
	امضای تفاهمنامه هماهنگی بین بخشی	۲۳	۲۰(۸۶)
	تشکیل کارگروه درون بخش	۲۸	۲۳(۸۲)
	تشکیل کارگروه بین بخشی	۲۴	۲۳(۹۵)
اجرا، پایش و ارزشیابی	تعداد پروژه‌های اولویت‌دار	۲۵۵	۷(۷۴ .۲)
	تعداد پروژه‌های مصوب	۱۴۲	۶(۲۲ .۴)
	تعداد پروژه‌های اجرا شده	۱۸۸	۷(۷۲ .۳)
	تعداد پروژه‌های با تامین منابع مالی	۱۸۱	۴(۲۰ .۲)
	تعداد گزارش مدون از پروژه‌های اجرایی	۱۵	۵(۳ .۳۳)

جدول ۲- شاخص‌های محورهای چهارگانه مورد ارزیابی سند تغذیه و امنیت غذایی استان‌هابراساس مناطق مطالعه سمپات -۱۳۹۷

وضعیت امنیت غذایی	تعداد استان‌های مشارکت‌کننده	تدوین سند استانی(درصد)	جلب حمایت ذی‌نفعان (درصد)	بسترسازی برای استقرار (درصد)
منطقه بسیار امن غذایی	۶	۴۸	۱۰۰	۸۱
منطقه امن غذایی	۳	۴۷	۱۰۰	۸۱
منطقه نسبتا امن غذایی	۶	۵۱	۱۰۰	۷۰
مناطق نسبتا ناامن غذایی	۶	۳۰	۴۳	۳۹
منطقه ناامن غذایی	۴	۵۷	۱۰۰	۹۶
منطقه بسیار ناامن غذایی	۳	۳۳	۶۷	۶۲

« ارزیابی انطباق براساس میانگین اجزای هرمرحله در هر منطقه غذایی انجام گرفته است. (تدوین سند استانی دارای ۱۰ جزء ، جلب حمایت ذینفعان دارای سه جزء و بسترسازی برای استقرار دارای هفت جزء)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

جدول ۳- خلاصه اطلاعات روند تدوین و اجرای سند استانی تغذیه و امنیت غذایی برحسب مطالعه سمپات- ارزیابی انطباق(درصد)

وضعیت امنیت غذایی	تعداد استان‌های مشارکت‌کننده	تعداد پروژه طراحی شده در اولویت		اجرایی شدن پروژه ها (درصد)	تامین منابع مالی پروژه‌ها (ارزیابی انطباق) (درصد)	وجود گزارش نهایی (درصد)
		خوداظهاری	ارزیابی انطباق (درصد)			
منطقه بسیار امن غذایی	۶	۲۶	۳(۱۱)	۳ (۱۰۰)	۳(۳۳)	۲(۶۶)
منطقه امن غذایی	۳	۱۰	۱(۱۰)	۱(۱۰۰)	۱(۱۰۰)	۱(۱۰۰)
منطقه نسبتا امن غذایی	۶	۲۶	۲ (۸)	۲(۱۰۰)	۱ (۵۰)	۲(۱۰۰)
مناطق نسبتا ناامن غذایی	۶	۱۲۸	۰	۰	۰	۰
منطقه ناامن غذایی	۴	۶۵	۱(۵ .۱)	۱(۱۰۰)	۱(۱۰۰)	۰
منطقه بسیار ناامن غذایی	۳	۰	۰	۰	۰	۰

اتفاق ملل[3] در سال ۱۹۳۷ مورد استفاده قرار گرفت. با تشکیل اولین کمیته مشورتی پیشگیری از بیماری‌های ایسکمیک قلبی (۱۹۶۳-۱۹۵۵) براساس تجربیات مشترک دو سازمان بین‌المللی خواربار جهانی و بهداشت جهانی اولین سیاست تغذیه‌ای جهان شکل گرفت (۱۹۵۱) و از ۱۹۶۰ سیاست‌های تغذیه‌ای به عنوان بخشی از فرآیند توسعه‌یافتگی قلمداد شد. در سال ۱۹۹۲ در گردهمایی مشترک کنفرانس بین‌المللی تغذیه، سازمان خواربار جهانی و سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد کردند کشورها براساس یک سند سیاستی نسبت به پیگیری اهداف تغذیه‌ای مبادرت کنند. در سال ۱۹۹۶ امنیت[4] نیز به اجزای این برنامه اضافه شد [۱۴].

بررسی وضعیت سند تغذیه‌ای کشورهای مختلف جهان نشان می‌دهد که در اتحادیه اروپا تا سال ۲۰۰۴ (با ۱۵ کشور عضو) فقط ۶ کشور دارای سیاست تغذیه‌ای عملیاتی بودند [۱۵]. بررسی اسناد تغذیه‌ای کشورهای عضو اتحادیه اروپا در آخرین سال قرن بیستم نشان می‌دهد که ۲۹ کشور از کل ۴۸ کشور (۶۰ درصد) دارای سند سیاستی تغذیه‌ای با ساختار دولتی و در ۲۸ کشور نیز همکاری بین وزارت بهداشت و سایر سازمان‌ها به‌صورت مدون وجود داشته است [۱۶].

هاموند و همکاران در مقاله‌ای کاربرد نظریه سیستمی و بین‌بخشی مولفه‌های بهبود امنیت غذا و تغذیه را تشریح و ۴ دسته عوامل اثرگذار در ناامنی غذا وتغذیه را معرفی کرده‌اند: عوامل کلان، عوامل زراعی، عوامل سلامتی و عوامل زیست‌محیطی [۱۷].

نتایج تجربیات اجرایی در کشورهای جهان حاکی است که کشورهای مختلف در تدوین سندهای تغذیه و امنیت غذایی به خوبی اقدام می‌کنند اما در مرحله اجرایی از جمله تامین منابع مالی ناتوان هستند. در این خصوص مطالعه سال ۲۰۱۷-۲۰۱۶ سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که ۱۶۸ کشور دارای مکانیسم‌های هماهنگی بین بخشی هستند، ۱۶۳ کشور دارای ظرفیت‌های مورد نیاز اجرایی بوده‌اند و ۳۹ درصد از ۱۴۹ کشور منابع مالی مورد نیاز پروژه‌ها را تامین کرده‌اند. این مطالعه نشان می‌دهد که از ۱۱۰ کشور دارای سند مدون به جز بخش سلامت با سهم ۹۵ درصدی، بقیه دستگاه‌ها کمترین نقش را ایفا کرده اند (کشاورزی ۲۲ درصد و منابع مالی ۱۵درصد) [۱۸].

به‌منظور تضمین اجرای سیاست‌های تغذیه‌ای در سطح ملی، وجود متولی سازمانی ضروری بوده و به موازات تغییرات ساختاری برای بهبود تغذیه، کفایت پشتیبانی سیاسی ملی و بهره‌مندی از حمایت‌های بین‌المللی نیز بایستی مد نظر قرار گیرد تا ازشکست این برنامه‌ها جلوگیری شود.

در مطالعه کیفی که توسط خانم گشتایی و همکاران [۱۹] براساس مصاحبه با ۵۹ نفر از سیاست‌گذاران و دانشمندان کشورمان انجام شده، نشان می‌دهد که مکانیسم‌های هماهنگی برای حل مشکلات تغذیه‌ای در کشور مناسب نبوده، مشکلات

3. League of nation

4. security

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

تغذیه‌ای براســاس شــواهد محیطی نبوده و فراگمانتاسیون در سیاســت‌گذاری‌های تغذیه‌ای مشــهود اســت. این مطالعه به وضــوح حمایت نکردن سیاســت‌گذاران از برنامه‌های تغذیه‌ای را ذکــر می‌کنــد و حمایت‌طلبــی از برنامه‌هــای تغذیــه‌ای را ضعیف ارزیابی می‌کند. این مطالعه مهم‌ترین مشکلات اجرایی سیاســت‌های تغذیــه‌ای را سیاســت‌گذاری از بالا بــه پایین، محدودیــت ظرفیت‌هــای ســازمانی و همپوشــانی در وظایف دستگاه‌های مسئول می‌داند.

در مطالعه حاضر علاوه بر مشکل فقدان تطابق خوداظهاری‌ها با ارزیابی انطباق که باعث شده بیشترین بی‌انطباقی در منطقه نســبتا ناامن دیده شود، مشــکل دیگر ضعف جدی در تدوین اســناد براســاس چارچوب‌های اولیه تعیین شــده در ســطوح منطقه‌ای اســت. تدوین‌کنندگان در بهره‌مندی از شاخص‌های جهانی و کشــوری اهتمام نداشــته اما از اهداف ملی به خوبی مطلع بوده‌اند. شاخص‌های تغذیه‌ای در حد مطلوب مورد توجه بوده و حتی در حوزه تامین پایدار غذا نسبتا مطلوب عمل شده امــا در حوزه ایمنــی غذایی کم‌توجهی مفــرط وجود دارد، در حالی که یکی از علل مشــکلات سوءتغذیه، نبود ایمنی غذایی است. برآیند نهایی اجرای سند در مرحله نهایی ارزیابی در قالب پروژه‌هــای در اولویت نمود پیدا می‌کند. در این مرحله هرچند ۲۵۵ پروژه در اولویت در خوداظهاری‌ها جمع‌بندی شده اما کلا برای ۷ پروژه، مستند ارائه شــد که نشان می‌دهد کارشناسان و اعضــای هیئــت علمی در حوزه تامین منابــع مالی اطمینان نداشــته‌اند و حتــی این پروژه‌هــا به مرحله تدویــن پروپوزال نیز نرســیده‌اند. این امر نشــان می‌دهد باوجود اقدامات بسیار گســترده ملی و پیگیری‌های اســتانی، تامین منابع مالی مورد اهتمام مدیریت ارشد دستگاه‌های اجرایی از جمله سلامت قرار نداشته است. به‌طور مثال از ۷ پروژه اجرا شده فقط منابع مالی ۴ پــروژه تامین شــده که نشــان‌دهنده علاقه‌مندی و پیگیری مجریان بوده است.

نتیجه‌گیری

بررسی حاضر نشــان داد که طبقه‌بندی استان‌ها در حوزه مطالعه سمپات حقایق دیگری را نشان می‌دهد. در این بررسی مشخص شد که در مناطق ناامن غذایی (۱۳ استان)، فقط یک پــروژه مورد اقدام قرار گرفته، درحالی که ۵۰ درصد پروژه‌های در اولویت از اســتان‌های واقع در منطقه نســبتا ناامن گزارش شده است (خوداظهاری).

ســند ملی در مقایســه با اسناد کشــورهای توسعه یافته به‌دلیــل تفــاوت در زیرســاخت‌های اجتماعــی،ف اقتصادی، ســلامتی هدف‌گذاری‌های متفاوتی داشــت که به‌نظر می‌رسد واقع‌گرایانه نیز باشــد. سند ملی تغذیه و امنیت غذایی براساس بررســی انجام گرفته باوجــود وجود شــکاف‌های اطلاعاتی - عملیاتی یکی از اســناد مهم و ارزشــمند قابل عرضه در سطح بین‌المللــی بــوده و از نظر غنــای اطلاعات مبتنی بر شــواهد محیطی (براساس مطالعات میدانی) کم‌نظیر است که ریشه در برنامه‌ریزی و اقدامات سال‌های گذشته داشته و باوجود فقدان یک ســند جامع کشوری قبل از این، بخش عمده‌ای از قطعات مختلف یک پازل ملی برای سند تغذیه را دارا بوده است.

کاربرد در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

در کشور ما، سیاســت‌های متخذه در سطح ملی، رویکرد از بــالا به پایین داشــته (از طریق مجلس شــورای اســلامی و یا دولت‌ها) و حمایت‌های سیاســی نیز اقتضایــی بوده و الزاما مســتمر و مداوم هم نیســتند. هرچند این سیاست‌ها در قالب دســتورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های اجرایی مصوب توســط هیئت دولــت یــا وزرا ابلاغ می‌شــوند، اما به حدکافی شــفاف نبوده، معمــولا فاقــد منابع مالی تعریف شــده بــوده و فرآیند پایش و ارزشــیابی مدونــی را دارا نیســتند و حتــی درصورت وجود برنامه‌های کنترلی، به‌دلیل بوروکراســی پیچیده و ضعف مفرط در مســئولیت‌پذیری و پاسخگویی دستگاه‌های اصلی و همکار، اثربخــش هم نخواهند بــود. سیاســت‌های اجتماعی، از جمله ســلامت برای جلب مشارکت و حمایت‌های اجتماعی، از جمله از طریق سمن‌ها برنامه‌ریزی نمی‌شوند و در مواردی که سیاست ابلاغی ماهیت چندبخشی دارد، در چنبره مصلحت‌اندیشی‌های سیاســی و سازمانی و اقتصادی و بوروکراسی پیچیده در محاق فرو می‌روند و با شــکل‌گیری مقاومت‌های سازمان‌یافته (بخش خصوصــی و حتی دولتی) در مقابل تغییرات اجتناب‌ناپذیر (در راســتای ارتقای ســلامتی مردم و توفیقات پیش‌بینی شده) به چالش کشیده می‌شوند. در نهایت این سازمان و دستگاه اصلی (وزارت بهداشــت) اســت که به‌دلیل تعهد دستگاه و ناتوانی از چانه‌زنی و لابی‌گری (به علت مســئولیت‌گریزی و ضعف مفرط

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

در پاسخگویی سایر ذی‌نفعان) ناچار از پیشبرد منفعلانه مفاد سند سیاستی بوده و معمولا با تاخیرهای چند ساله پیگیری و حتی ممکن است قرین توفیق هم نباشد. موضوع مهم دیگر درروند اجرای سیاست‌های ملی از جمله تغذیه وجود تعارض منافع (واقعی یا ادراکی) در سطوح متفاوت (بین‌المللی/ ملی/ استانی و حتی محلی) و بخش‌های مختلف سیاست‌گذاری، اجرای برنامه‌ها و حتی ارزیابی‌های کارشناسی- مدیریتی است. بنابراین مهم‌ترین موانع اجرایی در راستای اجرای سند سیاستی تغذیه و امنیت غذایی در سطح استانی را می‌توان در موارد زیر و با ماهیت ملی/بین بخشی و سازمانی (معاونت‌های ذی‌ربط وزارت بهداشت درمان و اموزش پزشکی) خلاصه کرد:

۱- نبود پشتوانه اجرایی قوی براساس مصوبات قانونی (ملی و بین بخشی)

۲- هم‌ارز بودن دستگاه‌های دولتی و فقدان تفوق سازمانی و ضرورت رهبری نیازهای سلامت توسط مقام ارشد اجرایی استان (ملی و بین بخشی)

۳- مسئولیت‌گریزی و مشارکت سطحی دستگاه‌های دولتی در فرآیندهای کاری مشترک (ملی و بین بخشی)

۴- فقدان منابع مالی مدون و تعریف شده برای سازمان‌های همکار (بین بخشی)

۵- ضعف جدی در انطباق نیازهای بین دستگاهی با نظام سلامت (ملی و سازمانی)

۶- پاسخگو نبودن ذی‌نفعان خصوصی و دولتی (ملی و بین بخشی)

۷- ضعف جدی در سطح مشارکت اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها در راستای اجرای مفاد سند (سازمانی)

۸- ضعف جدی در ظرفیت‌های سازمانی به‌خصوص بخش بهداشت (سازمانی)

۹- تعدد مفرط برنامه‌های اجرایی در حوزه تغذیه و نبود تناسب با تعداد نیروها (سازمانی)

۱۰- غفلت‌های اداری در اجرای فعالیت‌های پیش‌بینی شده در راستای اهداف تعیین شده (سازمانی)

۱۱- وجود تعارض منافع در تخصیص منابع مالی مورد نیاز پروژه‌ها و طرح‌های تحقیقاتی نظام سلامت (سازمانی)

پیشنهادات اجرایی

الف) سازمانی

*تدوین برنامه درازمدت با اهداف زمان‌بندی شده و مقطعی

*تمرکززدایی فعالیت‌های اجرایی از سطح ملی و انتقال به استان‌ها با محوریت استاندار

*برنامه‌ریزی تولید شواهد علمی مبتنی بر جامعه و انتشار نتایج در سطوح مختلف اجتماعی

*تدوین برنامه پایش و ارزشیابی سالانه و برگزاری نشست‌های کشوری و معرفی طرح‌های برتر

*برگزاری نشست‌های علمی/اجرایی با رویکرد تبیین مشکلات و آسیب‌شناسی موانع اجرایی با مشارکت مدیریت ارشد استان‌ها و سایر مدیران کل

*تعیین و مدیریت تامین منابع مالی مورد نیاز پروژه‌های در اولویت نظام سلامت در سطح دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی (تعیین درصدی از منابع مالی برای پروژه‌های تغذیه‌ای)

ب) بین بخشی

*نفوذ دادن راهبردهای سند به ساختارهای تصمیم‌گیری و تصمیم‌سازی کشور با هدف افزایش کارآیی سند

*تعریف پروژه‌های نفوذ و اجرای نظام‌مند آنها توسط حوزه سلامت، تصویب قوانین در مراجع قانون گزاری

*مدیریت کاهش و کنترل تضاد منافع (صنفی/حقوقی) با استفاده از شواهد محیطی متقن از طریق رسانه‌های جمعی

*بررسی امکان تاسیس ساختار بین بخشی با مشارکت دستگاه‌های مسئول (نظیر سازمان هدفمندی یارانه‌ها، بسیج اقتصادی و.. برای امنیت غذایی و تغذیه)

*برنامه‌ریزی پایداری هماهنگی و همکاری بین بخشی به‌جای تفاهمنامه‌های سطحی و شکلی فاقد کارآیی با تبیین منافع چندجانبه ایجابی - سلبی اجرای مفاد سند

*برنامه‌ریزی حمایت‌طلبانه با بهره‌گیری از شخصیت‌های اجتماعی (ورزشی، خیرین و...)، فرهنگی، اقتصادی و حتی سیاسی با رویکردهای رهبری و مدیریت علمی-سیاسی

*پاسخگو کردن ساختارهای صنفی برای مخاطرات تولیدی و تلاش برای همسو ساختن فعالیت‌های اقتصادی با منافع مشترک عمومی

* برگزاری همایش‌های ملی و منطقه‌ای و اهدای جوایز به برترین اقدامات در سطوح مختلف با انعکاس گسترده و همگانی با اهداف چندگانه از جمله شناسایی و حذف موانع سیاستی/ اجرایی مشکلات و تشویق و ترغیب اتخاذ سیاست‌های همسوی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

مرتبط با تغذیه و امنیت غذایی

* مدیریت تامین منابع مالی از بودجه‌های استانی برای اجرای پروژه‌های منتخب و تایید شده در کارگروه ساغ (با ابلاغ از سازمان برنامه و بودجه)

* اصلاح اسناد استانی و انتشار آن به عنوان یک سند معتبر استانی به منظور پیگیری‌های بعدی

تشکر و قدردانی

از معاونان امور بهداشتی، کارشناسان تغذیه دانشگاه‌ها، کارشناسان دفتر بهبود تغذیه و کلیه عوامل اجرایی مشارکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌کنیم.

تعارض منافع: هیچ‌یک از نویسندگان کمک مالی دریافتی و تعارض منافع احتمالی را گزارش نمی‌کنند.

References

1. United Nation , Principle 1, Report ofthe UnitedNations Conference on Environment and Development A/CONF. 151/26/Rev. 1 (Vol. 1), Brazil, Rio de Janeiro,1992, Page 3
2. Alex Evans, The feeding of the nine billion Global food security for the 21st century, Chatham House (the Royal Institute of International Affairs) United kingdom,London, 2009, pages 7,8
3. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (نویسنده)The State of Food Insecurity in the World- Strengthening the enabling environment for food security and nutrition, Italy ,Rome ,2014, Page 17
4. The Economist Inteligence Unit(EIU) (نویسنده). Global Food Security Index- BUILDING RESILIENCE IN THE FACE OF RISING FOOD-SECURITY RISKS. United kingdom. London 2018. p 34-35
5. Assembly UG. International covenant on economic, social and cultural rights. United Nations, Treaty Series. 1966;993(3).
6. Food and Agriculture Organization(FAO), Integrating the right to adequate food into food and nutrition security programmes, Rome, Italy: Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO); 2013.
7. World health Organization(WHO). GLOBAL NUTRITION MONITORING FRAMEWORK Operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025 WITH SUPPORT FROM TECHNICAL EXPERT ADVISORY GROUP ON NUTRITION MONITORING (TEAM), Geneva, Switzerland; December 2017:2-5. (Report)
8. Food and Agriculture organization(FAO) . Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action : World Food Summit, 13-17 November 1996, Rome, Italy. (Report)
8. Food and Agricalture Organization (FAO)(نویسنده) ,Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action, Italy, Rome, 1996 , Pages 1-7
9. Trübswasser U, Nishida C, Engesveen K, Coulibaly-Zerbo F. Landscape analysis–Assessing countries' readiness to scale up nutrition actions

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

in the WHO African region. African Journal of Food, Agriculture, Nutrition and Development. 2012;12(4):6260-73. (Paper)
10. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, De Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The lancet. 2008;371(9608):243-60.
11. Collins T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. Public Health. 2005;119(3):192-6.
12. McCalla AF, Revoredo CL. Prospects for global food security: a critical appraisal of past projections and predictions. Washingtone DC: Intl Food Policy Research Institute(IFPRI); 2001;ch. 5: 39-42
13. Kolahdooz F, Najafi F, Report of a national survey: Food security information and Mapping systemin Iran. Ministry of health and medical education(MOHME), IRAN, TEHRAN, April 2012, pages : 62-3
14. World Health Organization(WHO). Food and nutrition policy and plans of action: report of the WHO-FAO Iitercountry workshop, Hyderabad, India, 17-21 December 2007.
15. Lachat C, Van Camp J, De Henauw S, Matthys C, Larondelle Y, Remaut–De Winter A-M, et al. A concise overview of national nutrition action plans in the European Union Member States. Public health
15. Carl Lachat- John Van Camp- Stefaan De Henauw- Christophe Matthys, A concise overview of national nutrition action plans in the European Union Member States , Public Health Nutrition, 2005, 8(3), Page 266
16. World health Organization(WHO), Comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European member states: full report. Copenhagen Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2003.
17. World health Organization(WHO) Comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European member states. Denmark. Copenhagen. 2003. Pages 9-11
18. Hammond RA, Dubé L. A systems science perspective and transdiscip linary models for foo d and nutrition security. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2012;109(31):12356-63.
19. World health organization(WHO), Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition
20. Nutrition policy process challenges in Iran ,Electronic Physician (ISSN: 2008-5842) , February 2016, Volume: 8, Issue: 2, Pages: 1865-1873 Massomeh Goshtaei1, Hamid Ravaghi2, Ali Akbari Sari1, Zahra Abdollahi3

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

Executive Performance Evaluation and the Process of Establishing a Nutrition and Food Security policy in the Medical Universities of Iran

Rasool Entezarmahdi[1*], Zahra Abdollahi[2], Farzaneh Sadeghi ghotb abadi[3], Fariba Babayi[4], Leila Khakzad[5], Ahmad Reza Shamshiri[6], Morteza Abdollahi[7], Elham Ahmadnezhad[8], Hamed Mojarad[9], Elham Sadeghi[10], Sakineh Noori saedloo[11]

1. MD, MPH, PhD of Epidemiology, Social Determinant of Health Research Center, Clinical Research Institute, biostatistics & epidemiology department, medical school, Urmia University of Medical Science, Urmia, Iran.
2. PhD of Nutrition, Director General of Community Nutrition Improvement Ministry of Health and Medical Education.
3. Master of Nutrition, Expert at the Society for Community Nutrition Improvement Ministry of Health and Medical Education.
4. Nutrition Expert, Health affairs department, Urmia Medical sciences of university, Urmia, Iran.
5. M. Sc of Computer, Health affairs department, Urmia Medical sciences of university, Urmia, Iran.
6. PhD of Epidemiology, assistant professor of Epidemiology, Tehran University of Medical sciences, Tehran, Iran.
7. PhD of Nutrition, professor of nutrition Epidemiology, National Institutes of food technology Research institute, shahid
8. PhD of Epidemiology, associate professor of Epidemiology, Tehran University of Medical sciences, Tehran, Iran. beheshti university of Medical sciences, Tehran, Iran.
9. Master of HSE, Urmia Medical sciences of university, Urmia, Iran.
10. PhD student of Midwifery, Urmia Medical sciences of university, Urmia, Iran.
11. PhD of Nutrition, Assistant Professor of Nutrition Sciences, Food and Drink Health Research Center, Urmia Medical sciences of university, Urmia, Iran.

Abstract

Introduction: The Ministry of Health and Medical Education for the first time drafted and communicated the National Nutrition and Food Security Document in order to implement targeted programs. This study aims to evaluate the provincial nutrition and food security document and outline strategies to improve the efficiency and effectiveness of provincial document deployment at the organizational, inter-organizational and community level.

Methods: Documents received by the universities / colleges of medical sciences were classified for evaluation purposes. The studied dimentions consisted of the provincial document cut-off, the beneficiaries of the program, the establishment and implementation of the submitted documents. In the next step, self-declaration compliance assessment and scoring were performed.

Results: Out of 28 provincial documents (90%), 60% were documented, 21% provincial data were not used, and desirable measures were taken to attract stakeholders. No effective measures were taken to evaluate the results as the most important pillar of the document. Among 255 projects anticipated, 7 were documented and 6 were approved, and only 4 projects were submitted to the researchers, and for 5 projects had written

Conclusion: Despite the relatively favorable performance in most of the documented and targeted areas of the document at the national level, assessments show that this trend has not been very successful at the provincial level. This study clearly shows policy makers' lack of support for nutrition programs and poorly evaluates nutrition support.

Keywords: National policy, Nutrition, Food Security, Iran

Please cite this article as follows:
Entezarmahdi R, Abdollahi Z, Sadeghi F, et al. Executive Performance Evaluation and the Process of Establishing a Nutrition and Food Security policy in the Medical Universities of Iran: Qualitative Study. Hakim Health Sys Res .2021;24(2):105-118

***Corresponding Author:** Medicine Faculty, Urmia Medical sciences of university, Urmia, Iran. E-mail: r_entezar_mahdi@yahoo.com.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]