

به نام خدای بزرگ و مهربان

مدیریت برنامه های تغذیه ای در کشورهای در حال توسعه:

مقدمه:

- شواهد موجود نشان می دهد که کشورهای در حال توسعه در حال تجربه انتقال فاز در اپیدمیولوژی اختلالات تغذیه ای است.
- بسیاری از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی به سرعت در حال ورود به این مرحله هستند .

- در کشورهای در حال توسعه، شیوع بالای سوء تغذیه (سوء تغذیه پروتئین انرژی، و کمبود ریز مغذی ها) وجود دارد که بیشتر در مراحل جنینی و نوزادی، و همچنین گروه سنی زیر ۵ ساله دارای اهمیت است.
- از سوی دیگر، با افزایش شهرنشینی در این کشورها، الگوهای مصرف مواد غذایی در حال تغییر، فعالیت فیزیکی در حال کاهش است و اختلالات متابولیک از جمله چاقی، بیماری های قلبی عروقی، دیابت و سرطان نیز در حال افزایش است.

- مشاهده مادران چاقی که کودکانشان سوءتغذیه دارند، در این کشورها بسیار رایج است.
- این امر نشان می دهد که این کشورها با مشکل دوجانبه روبرو هستند:
- کاهش کمبود ریز مغذی ها سوء تغذیه
- مبارزه با افراط تغذیه با بهبود الگوهای مصرف مواد غذایی و اصلاح شیوه زندگی
- در هر صورت، این روش به برنامه ریزی و اجرای برنامه های مداخله ای برای بهبود تغذیه نیازمند است.

- این مطلب استراتژی های مدیریت تغذیه را بررسی و نمونه هایی از طرح های موفق از سراسر دنیا را معرفی می کند:

Effective planning

- مانند تمام برنامه های بهداشت و سلامت دیگر، مدیریت برنامه های تغذیه باید ۳ مرحله متوالی را دنبال کند:
- برنامه ریزی
- اجرا
- ارزشیابی

- در مرحله برنامه ریزی، ۵ فعالیت باید انجام شود:
- شناخت وضعیت.
- شناسایی مشکلات و اولویت؛
- تعیین اهداف؛
- بررسی موانع و مشکلات؛
- و ابداع یک طرح عمل جامع

- مشکلات تغذیه ای باید از زوایای مختلف پرداخته شود:
- برگزاری کارگاه های آموزشی
- بارش افکار
- حمایت طیف وسیعی از بخش ها از جمله کشاورزی، تجارت، آموزش و بهداشت، و همچنین جامعه، روش موثر تجزیه و تحلیل مشکلات در یک منطقه و ترویج مسئولیت حل آنها است
- تجارب کشورهای مختلف نشان داده اند که اگر همه اعضای جوامع در فرایند حل مسئله شرکت و همکاری داشته باشند، اجرای مداخلات برنامه ریزی شده آسان تر است.
- پس از جمع آوری اطلاعات مورد نیاز و تجزیه و تحلیل دلایل مشکلات تغذیه ای، مداخلاتی مناسب است که طراحی و اجرای آن چند وجهی باشد.

- پس از جمع آوری اطلاعات مورد نیاز و تجزیه و تحلیل دلایل مشکلات تغذیه ای، مداخلاتی مناسب است که طراحی و اجرای آن چند وجهی باشد.
- روش انتخاب شده ممکن است به بخش بهداشت محدود نشود و بخش های دیگر نیز ممکن است حتی نقش های مهم تری را ایفا کنند.

Communication for behavioural change

- (یکی از استراتژی های اصلی در بهبود تغذیه CBC ارتباطات برای تغییر رفتاری) جامعه برای افزایش دانش و انگیزه مردم برای تغییر در دستیابی به اهداف مختلف تغذیه، از جمله بهبود روش تغذیه مکمل و افزایش پذیرش مکمل های غذایی و مصرف غذاهای غنی شده است.
- زنان، به خصوص مادران، گروه هدف کلیدی برای اصلاح عادات غذایی برای سلامت هر دو خود و فرزندان خود هستند.
- این امر به ویژه در مناطق روستایی که مادران تجربه کار فیزیکی سخت، چند حاملگی و رژیم های غذایی نامناسب دارند، مهم است.

- استراتژی های ارتباطی باید شامل پدران نیز شود.
- در بسیاری از مناطق، به دلایل فرهنگی پدران سهم بیشتری از مواد غذایی خانوار از نظر کیفیت دارند.
- در چنین مواردی، برنامه های آموزشی برای مردان مورد نیاز است که تمرکز بر نیازهای تغذیه ای زنان و کودکان گردد.

- در مقیاس بزرگ، به ویژه کسانی که با CBC نشان داده شده که ارزیابی از برنامه های هدف مادران و اشخاص مسئول نگهداری و مراقبت کودکان صورت گرفته، در بهبود وضعیت تغذیه کودکان موثرتر بودند.

ویتنام، هاوایی، بنگلادش:

- که در ویتنام، بنگلادش و هائیتی اجرا گردید. CBC یک برنامه
- این امر بخشی از برنامه مداخله جامع برای نظارت بر رشد، آهن و مکمل ویتامین آ، د، کرم و درمان عفونت ها بود.
- در این روش، مادران در جلسات آموزشی در خانه های خود و یا مراکز توانبخشی که به مدت ۲ هفته برگزار می شد شرکت و در آماده کردن غذای سالم برای کودکان دچار سوء تغذیه خود با استفاده غذا های داخلی آموزش داده شدند.
- این برنامه در جلوگیری از سوء تغذیه خفیف تا متوسط در میان کودکان در هائیتی و ویتنام موفق بوده است.
- تجارب این برنامه نشان داد که آموزش تغذیه عملکردی مادران این فرصت را برای آموزش و پرورش در مورد مسائل دیگر مانند رشد، نظارت، تغذیه با شیر مادر، تغذیه در اسهال و دیگر بیماری فراهم می کند.
-

ایران:

- در جمهوری اسلامی ایران، آموزش تغذیه برای اولین بار در سال ۱۹۹۵ در منطقه روستایی از استان چهارمحال و بختیاری اجرا شد.
- در این برنامه آموزش پخت و پز به تمام مادرانی که کودکان زیر ۲ سال داشتند، توسط کارکنان بهداشت و افراد داوطلب داده شد.
- نحوه آماده سازی مواد اولیه برای تهیه غذاهای کودک توسط مادر ارائه شد و وعده های غذایی پخته شده در میان کودکان در خانه های بهداشت یا خانه مادر توزیع گردید.
- موفقیت این برنامه در بهبود وضعیت تغذیه ای کودکان روستایی منجر به اجرای آن در سراسر کل شبکه سلامت کشور گردید.

Promoting intra- and intersectoral
communication

ترویج ارتباطات درون و بین بخشی:

- ارتباطات درون و بین بخشی یکی دیگر از جنبه های کلیدی مدیریت برنامه های تغذیه ای است.
- در روش بین بخشی، وضعیت تغذیه جامعه تمام برنامه های سلامت را به طرق مختلف تحت تاثیر قرار میدهد.
- به عنوان مثال، کنترل اسهال، بیماری ها و عفونت های حاد تنفسی، برنامه های مادر سالم، تنظیم خانواده، اصلاح شرایط محیطی، واکسیناسیون، برنامه ایمنی مواد غذایی و کنترل بیماری های عفونی و انگلی از جمله اقداماتی است که باید به صورت موازی با خدمات تغذیه ای برای بهبود وضعیت تغذیه ای جامعه انجام می شود.
- .

- مشخص شده که یک رابطه مستقیم بین کیفیت منابع آب آشامیدنی و وضعیت تغذیه کودکان وجود دارد، افزایش شیوع اسهال به عنوان منابع آب آلوده منجر به کمبودهای تغذیه ای می گردد
- با این حال، بهبود کیفیت آب عرضه شده لزوما باعث کاهش شیوع سوء تغذیه در میان کودکان نمی شود
- . در این راه همان، آموزش تغذیه به تنهایی وضعیت تغذیه را بهبود نمی بخشد.

Investing in women's literacy and education

- تجارب کشورهای مختلف در زمینه سرمایه گذاری در سوادآموزی و آموزش بهداشت، تنظیم خانواده و بهبود کیفیت زندگی زنان منجر به بهبود پایدار در وضعیت تغذیه ای جوامع میشود.
- نشان داده شده که آموزش و پرورش مادر دارای اثر موثرتر بر رشد کودکان حتی بهتر از وضعیت اقتصادی خانواده است.
- یک مطالعه توسط صندوق سازمان ملل متحد کودکان (یونیسف) از ۲۳ پروژه تغذیه در جنوب شرق آسیا نشان داد که سواد مادر عامل بسیار مهمی در رشد کودکان است و باعث بهبود وضعیت تغذیه کودکان با سرعت بیشتری نسبت به عوامل مداخله دیگر می گردد.

- در طرح مداخله به منظور کاهش سوء تغذیه در میان کودکان در مناطق روستایی از ۳ استان جمهوری اسلامی ایران بیش از ۳ سال، یک برنامه سواد آموزی برای زنان روستایی منجر به افزایش ۱۰٪ در تعداد زنان باسواد (۳٪ افزایش در کل تعداد باسوادان در سراسر کشور) گردید.
- این امر تصور می شد که نقش مهمی در کاهش اقدامات سوء تغذیه در کودکان در منطقه قبل و بعد از مداخله بازی کرده اند.
- آموزش و پرورش در مورد تغذیه عامل دیگری در توانایی مادر به ارائه مراقبت مناسب از اعضای خانواده است.

- در برنامه تغذیه ای ایران که قبلا ذکر شد، برای تقویت اثر آموزش سواد و افزایش انگیزه زنان برای شرکت در کلاس ها، پیام های تغذیه ای بر اساس نیازهای روزانه زنان در کلاس های سواد آموزی بیان شدند.
- مطالعات متعدد نشان داده اند که آموزش مادران در مورد تغذیه نه تنها باعث کاهش تعداد کودکان کم وزن، بلکه باعث کاهش مرگ و میر کودکان نیز گردید.
- این امر باعث نمو بهتر کودکان در آینده نیز گردید.

Integrating nutritional and health interventions

- با در نظر گرفتن طبیعت چند بعدی مشکلات تغذیه ای، برنامه ها و فعالیت هایی که به طور مستقیم به تغذیه مربوط نیست نیز در طراحی مداخلات برای بهبود وضعیت تغذیه ای جوامع در نظر گرفته می شود.
- این خدمات عبارتند از ارائه آب آشامیدنی سالم، اصلاح محیط زیست، برنامه ریزی خانواده، مدیریت یکپارچه بیماری های دوران کودکی و دیگر برنامه های سلامت مادر و کودک، اصلاح شیوه زندگی و افزایش فعالیت بدنی.
- در بسیاری از پروژه های تغذیه ای، در موقعیت های مختلف، این اقدامات در مداخلات تغذیه ای گنجانده شده است.

تانزانیا:

- یک مثال از مداخله مبتنی بر جامعه را در تانزانیا، که در آن برنامه توسط مشارکت قوی جامعه و مدیریت بخش دولتی انجام گرفت.
- در تانزانیا، سیستم های مدیریت بر بهبود آگاهی مادران در مورد نظارت بر رشد، و با استفاده از تفسیر نمودار رشد تاکید کرد.
- اقدامات یکپارچه نیز برای افزایش دسترسی مردم به مواد غذایی، خدمات بهداشتی و درمانی و آموزش و پرورش به اجرا در آمد.
- زمانی که کارمندان نتیجه تلاش خود را در بهبود شرایط تغذیه افراد موثر دیدند، این برنامه منجر به بهره وری بالاتر از پرسنل در بخش های مربوط گردید.

فنلاند:

- پروژه شمال کارلیا در فنلاند یک مثال از یک مداخله جامع برای کاهش شیوع بیماری های قلبی عروقی است.
- در طی یک دوره ۲۵ ساله، پروژه موفق به کاهش کلسترول سرم و مرگ و میر ناشی از بیماری عروق کرونر قلب به ترتیب ۱۸٪ و ۷۳٪ در میان مردان در سن ۳۵-۶۴ سال شد.
- این امر از طریق همکاری بین بخش های مرتبط، آموزش تغذیه طولانی مدت، همکاری با سازمان های داوطلب و صنایع غذایی، تقویت سیاست ها به برچسب گذاری مواد غذایی، حمایت از تحقیقات و همکاری بین المللی به دست آمد.

ایران:

- (در سیستم مراقبت های IDD در جمهوری اسلامی ایران یک برنامه موفق برای کاهش اختلالات ناشی از کمبود ید) بهداشتی اولیه از سال ۱۹۸۹ یکپارچه شد.
- کارمندان بهداشت جامعه (بهورز) آموزش را به خرده فروشان مواد غذایی، اعضای جامعه و مدرسه کودکان روستایی در و اهمیت مصرف نمک یددار ارائه دادند. IDD مورد
- نظارت مصرف نمک یددار در مناطق روستایی توسط بهورز در زمان سرشماری سالانه از طریق تست نمک خانگی حاوی ید بود،
- بهورز دو بار در سال نیز نمکی که کودکان از خانه های خود آورده بودند، مورد آزمایش قرار میداد تا خانواده هایی که نمک ید دار مصرف نمی کردند، شناسایی شوند.

پایش برنامه:

- نظارت برنامه در حال حاضر در ۳ سطح عمل می کند: تولید، توزیع و مصرف
- نظارت بر محتوای ید ادرار کودکان ۸-۱۰ ساله در حال حاضر یک بار در سال صورت گرفته و مداخلات لازم توسط کمیته بین بخشی در سطح استانی طراحی شده و انجام میگیرد.
- یکپارچه سازی این برنامه در سیستم مراقبت های اولیه و تعریف وظایف بخش های مرتبط، از جمله وزارت بهداشت، وزارت ایمنی مواد غذایی، آزمایشگاه مرکز بهداشت، بهورز و متخصصان تغذیه استانی برای موفقیت برنامه بسیار مهم است.
- یک کمیته ملی و وجود یک شبکه بهداشت و درمان جامع و مؤثر شامل بخش های مختلف داخل و خارج از بخش بهداشت و درمان در کمک میکند. IDD این برنامه و روشن شدن وظایف هر بخش بدون شک به موفقیت این برنامه در پیشگیری از

- یکی دیگر از برنامه های مشارکتی در جمهوری اسلامی ایران، این بار برای کاهش سوء تغذیه، در مناطق روستایی در ۳ استان در سال های ۱۹۹۶-۱۹۹۹ انجام شد.
- این برنامه نمونه ای از مداخلات بهداشت و تغذیه و با سلامت همراه است.
- اقدامات تغذیه ای، از جمله: ترویج نظارت بر رشد کودکان و مربوط به مادران در استفاده و تفسیر نمودار رشد کودکان؛ آموزش و پرورش در مورد تغذیه با شیر مادر و تغذیه تکمیلی؛ ترویج تنظیم خانواده؛ بهبود بهداشت و تامین آب آشامیدنی سالم؛ کنترل بیماری های اسهالی و آموزش و پرورش در مورد تغذیه در اسهال؛ ترویج پرورش سبزیجات. و تسهیل طرح های درآمدزا برای خانواده مانند وام برای پرورش دام، پرورش زنبور عسل، قالی بافی و ساخت شیرینی سازی
- بررسی این برنامه پس از ۳ سال نشان داد که سوء تغذیه، با توجه به شاخص های متوسط و شدید وزن و کوتاه قدی، ۵۰٪ کاهش داشت.

- جمهوری اسلامی ایران در حال تجربه یک انتقال در وضعیت تغذیه و افزایش شیوع اختلالات متابولیک از جمله چاقی، بیماری های قلبی عروقی، دیابت و سرطان است.
- بنابراین اقدامات به عنوان یک برنامه ملی جدید شامل مبارزات رسانه های جمعی برای اصلاح الگوی مصرف مواد غذایی و ترویج فعالیت های فیزیکی، و تشویق صنایع غذایی به تولید کم چربی، کم نمک و محصولات کم قند یکپارچه شده است.
- به منظور تعیین اثربخشی چنین مداخلاتی در مقیاس بزرگ، ارزیابی از برنامه، برنامه ریزی شده است.

- انعطاف پذیری یک عامل مهم در برنامه های مداخله تغذیه ای است.
- مداخلات تغذیه ای باید به طراحی مشکلات در هر منطقه بپردازد.
- به عنوان مثال، بی سوادی زنان ممکن است دلیل اصلی برای سوء تغذیه کودکان در یک منطقه روستایی، بنابراین افزایش سواد آموزی زنان اولویت آن منطقه خواهد بود.
- انعطاف پذیری در مدیریت برنامه های تغذیه ای ممکن است تنها زمان برنامه نویسی و سیاست گذاری به صورت غیر متمرکز و یا منطقه ای اجرا شده باشد.
- این تسهیل مشارکت فعال از گروه های هدف در برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مداخلات تغذیه ای موثر است.

Involving the community

- مشارکت اعضای جامعه و خانواده در برنامه های بهبود تغذیه تنها زمانی موفق است که آنها در مسئولیت سلامت، تغذیه و رفاه اجتماعی در جامعه را بپذیرند،
 - مهارت های لازم برای به اشتراک گذاشتن در روند توسعه خود و جامعه را به دست آورند.
 - ارتباطی حیاتی است که شامل جامعه نیز باشد، زیرا مشارکت عمومی از طریق ارائه راه حل، اجرا، نظارت و ارزیابی های لازم برای اجرای مداخلات است.
-
- جامعه می تواند نقش مهمی در تجزیه و تحلیل مشکلات و تعیین نیازهای خود (برنامه ریزی "پایین به بالا") داشته باشد و نشان داده شده که این امر در موفقیت تغذیه مهم است.

- اعضای انجمن باید در مورد مشکلات مطلع و تشویق به ارائه منابع منطقه ای و ملی در برنامه ریزی و اجرا و نظارت بر برنامه های تغذیه ای شوند.
- گروه های اجتماعی مختلف، از جمله دانشجویان، رهبران مذهبی و گروه های داوطلب، می توانند در برنامه های بهبود تغذیه جامعه درگیر باشند.

جمهوری اسلامی ایران:

- در برنامه مشارکتی برای کاهش سوء تغذیه کودکان، مراکز بهداشتی استان و وزارت کشاورزی و آموزش و پرورش بچه های مدرسه را تشویق به افزایش کاشت سبزیجات در باغ مدرسه کردند
- با این روش مبتکرانه ترویج مصرف سبزیجات و میوه جات با هدف افزایش دسترسی مردم به مواد غذایی تازه و سالم در مناطق که در آن ممکن است مواد غذایی سالم به اندازه کافی در دسترس نباشد، ممکن شد.
- سود بیشتر این بود که دانش آموزان پیام های تغذیه ای را برای اعضای خانواده خود انتقال می دادند.

نمونه دیگری از استفاده از گروه های داوطلب در جمهوری اسلامی ایران

- زنان داوطلب در مورد تغذیه با شیر مادر، تغذیه مکمل، تغذیه کودکان پیش دبستانی و سایر مسائل مرتبط با سلامت توسط پرسنل بخش بهداشت و تغذیه آموزش داده شدند.
- سپس هر زن ۵۰ خانوار در منطقه را برای برنامه های تغذیه و سلامت تحت پوشش قرار می دهد و متعهد پیگیری های لازم می گردد.

تایلند:

- برنامه مشابه در تایلند اجرا شد که در آن داوطلبان بهداشت روستایی توسط پرسنل بخش بهداشت و درمان آموزش داده شدند و انتقال اطلاعات تغذیه و سلامت را به ۱۰-۱۵ خانوار روستایی انجام دادند.

- بهترین روش مشارکت جامعه در برنامه های مداخله تغذیه ای برنامه ریزی از پایین به بالا است.
- یک مثال قابل توجه را می توان در تایلند دیده که در آن استراتژی "نیازهای اساسی توسعه" مد نظر قرار گرفته شد.
- اعضای جامعه، با کمک بخش دولتی، به جمع آوری اطلاعات، شناسایی مشکلات، پیشنهاد راه حل و انجام مداخلات پرداختند.
- تسهیل در مشارکت جوامع در بهبود برنامه های بهداشت سبب سرمایه گذاری در زمان و منابع می گردد.
- مشارکت جامعه دو نوع است: ارائه برخی عناصر از منابع مورد نیاز و یا دخالت مستقیم در فرآیند تصمیم گیری

Involving women's NGOs

(non governmental organizations)

- (در برنامه های تغذیه در NGO نمونه های موفق از دخالت سازمان های غیر دولتی)
سراسر جهان وجود دارد.
- به عنوان سرپرستان خانواده، زنان نقش اساسی در تمام جنبه های تغذیه دارند و جوامع
زنان می تواند در آموزش مادران در زمینه تنظیم خانواده، تغذیه با شیر مادر، مراقبت
دوران بارداری و تغذیه کودکان و دیگر گروه های آسیب پذیر شرکت داشته باشند.

- در جمهوری اسلامی ایران، آموزش تغذیه و مکمل یاری آهن هفتگی دختران دانش آموز، توسط همکاری و پشتیبانی مالی مرکز مشارکت زنان از طریق شبکه بهداشت و درمان کشور اجرا شده است.
- دختران دانش آموز به مدت ۱۶ هفته در هر سال یک قرص سولفات آهن تحت نظارت مقامات مدرسه، برنامه و آموزش تغذیه توسط معلمان و مسئولان بهداشت مدارس دریافت می کردند.

- دفتر منطقه جنوب آسیا یونیسف ۲۳ برنامه مداخله ای مبتنی بر جامعه در سال ۱۹۹۵ مورد مطالعه قرار داد.
- مطالعه نشان داد که عوامل موفقیت برنامه های شامل:
- نوآوری فرد و جامعه در ارزیابی مشکلات تغذیه ای؛
- مشارکت فعال جامعه در شناخت مشکلات و انتخاب راه حل ها
- تشکیل کمیته های محلی داوطلب و حمایت از آنها از طریق بخش دولتی؛
- افزایش ظرفیت از طریق آموزش مستمر پرسنل بخش دولتی و داوطلبان، به ویژه زنان؛ شامل سازمان های غیر دولتی؛
- و مدیریت مناسب و رهبری قدرتمند

Implementing poverty reduction programmes

- فقر عامل اصلی در سوء تغذیه است و برنامه های کاهش فقر می تواند وضعیت تغذیه یک منطقه را تحت تاثیر قرار دهد.
- اهداف تغذیه ای باید به وضوح در این برنامه در نظر گرفته شود، در غیر این صورت هیچ تضمینی وجود ندارد که افزایش درآمد در بهبود وضعیت تغذیه و یا گروه هایی که در معرض خطر سوء تغذیه هستند، صرف خواهد شد.
- شواهدی در ارتباط با کاهش سوء تغذیه کودکان در بسیاری از کشورها با توجه به افزایش رشد اقتصادی در وجود دارد.

جمهوری اسلامی ایران:

- در بین سال های ۱۹۹۵ و ۱۹۹۸، کم وزنی از ۱۶٪ به ۱۰,۵٪ در میان دختران، و از ۱۵,۵٪ به ۱۲,۵٪ در بین پسران کاهش یافت.
- ایجاد دسترسی به امکانات آموزشی سلامت و توسعه ساختارهای که می تواند منابع بالقوه را به نفع همه بسیج کند، یک استراتژی پایدار برای کاهش فقر است.
- در همین حال، اجرای برنامه های کوتاه مدت و میان مدت برای کاهش فقر در مداخلات تغذیه ای شرط لازم برای موفقیت در برنامه های بهبود تغذیه است.
- ارائه کمک های غذایی و حمایت از خانواده های دارای کودکان سوء تغذیه از طریق همکاری سازمان های غیر دولتی در کمک های غذایی یکی از استراتژی های کاهش فقر است.

- در مالزی، بسته ای از مواد غذایی ضروری و مکمل های آهن و مولتی ویتامین در هر ماه به خانواده های فقیر با کودکان دچار سوء تغذیه توزیع می گردد.
- در همین حال، برنامه شیر مدارس، که شامل توزیع شیر بین دانش آموزان مناطق فقیر شهری و روستایی در روزهای خاصی از هفته، یکی دیگر از روش کاهش کمبود ریز مغذی ها در میان گروه های فقیر و آسیب پذیر است.

برنامه مشابه در حال حاضر در جمهوری اسلامی ایران:

- در این برنامه، کودکان از رشد عقب افتاده از طریق نظارت بر رشد و غربالگری در سیستم مراقبت های اولیه شناسایی و به کمیته امداد امام خمینی معرفی می گردند.
- سبد مواد غذایی، که محتویات آن توسط متخصصان تغذیه مراقبت های اولیه تعریف شده است، رایگان به خانواده های کودکان دچار سوء تغذیه تحویل داده می شود.
- تجربه این برنامه برجسته این واقعیت است که تمام اعضای خانواده، و نه تنها کودک دچار سوء تغذیه، نیازمند حمایت و کمک های غذایی هستند.
- به ناچار، بسته های مواد غذایی توسط تمام اعضای خانواده مصرف و اثربخشی برنامه از نظر کمک برای یک کودک خاص کاهش می یابد.

Establishing and maintaining
political commitment

- تعهد سیاسی پیش شرط ضروری برای دستیابی به اهداف برنامه های تغذیه در مقیاس بزرگ است.
- برای ایجاد چنین تعهد، میزان و نوع مشکلات باید به رسمیت شناخته شود.
- نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل وضعیت باید به تمام سطوح، از جمله بالاترین مواضع سیاسی، از طریق سمینارها، کارگاه ها، نشریات و رسانه های جمعی منتشر شود.
- تعهد ملی به اهداف تغذیه ای مورد نیاز است، از جمله اختصاص منابع خاص به برنامه های تغذیه ای و تمایل دولت و سایر بخش ها به پذیرش ساختارهای اداری جدید برای ضمیمه کردن سوء تغذیه، به منظور تسهیل در اجرای فعالیت های هماهنگ و متمرکز

- هماهنگی بین بخشی و بسیج برای آموزش پرسنل در بخش های مختلف به عنوان مثالی از تعهد ملی به دستیابی به اهداف تغذیه ای است.
- پذیرش توسط سیاست گذاران یک کشور در زمینه اهمیت تغذیه در سلامت و توسعه بدان معنی است که سیستم آن را در مقررات مواد غذایی و پشتیبانی و یارانه در نظر گرفته است.
- همچنین می تواند به ایجاد یک شبکه ملی برای شناسایی گروه های آسیب پذیر تغذیه ای و مناطق در معرض خطر و تسهیل مشارکت بین بخشی برای دستیابی به اهداف تغذیه ای منجر شود
- در نتیجه ایجاد ارتباط موثر با سیاست گذاران بخش مهمی از مدیریت موفق از برنامه های تغذیه است

- بنابراین استقرار سیستم های مواد غذایی و نظارت تغذیه، که می تواند ضبط و تجزیه و تحلیل تغییرات مثبت و منفی در اقدامات تغذیه، مانند سوء تغذیه در میان کودکان و اختلالات متابولیک مربوط به مواد غذایی و نظارت بر تولید، عرضه و مصرف مواد غذایی نیز مهم است.
- نکته مهم این است که سیستم باید چند بخشی باشد و جمع آوری اطلاعات از بخش های مختلف و انتشار آن به تمام بخش های درگیر صورت گیرد.

- در نهایت، یارانه های مواد غذایی، به عنوان بخشی از چتر حمایتی دولت، نقش مهمی در بهبود وضعیت تغذیه ای جوامع دارد.
- اثربخشی برنامه های یارانه غذا می تواند به دو روش افزایش یابد: با هدف قرار دادن گروه های آسیب پذیر و با تضمین این که غذاهای یارانه ریز مغذی ضروری و همچنین انرژی مورد نیاز را فراهم می کند.

Strategies for reducing micronutrient deficiencies

استراتژی ها:

- مکمل یاری
- غنی سازی غذاها
- تهیه برخی از غذاهای خاص
- همکاری با صنایع غذایی

مکمل یاری:

- برنامه های مکمل های غذایی، برای گروه های در معرض خطر، در سیستم مراقبت های اولیه، یک راه مهم برای مقابله با کمبودهای تغذیه ای است.
- هستند. A. کمبود مشترک در کشورهای در حال توسعه ید، آهن و ویتامین
- کمبود روی باید در کشورهای که با آن مواجه است در عقب ماندگی رشد تغذیه ای زیر ۵ ساله در نظر گرفته شود.

- زنان باردار و شیرده و زیر ۲ ساله گروه های دارای اولویت در برنامه های مکمل هستند.
- اگر ارائه مکمل امکان پذیر است، دیگر گروه های در معرض خطر مانند کودکان ۲-۵ سال و دختران نوجوان می توانند گنجانده شود.
- اثربخشی ارائه هفتگی مکمل آهن برای کودکان پیش دبستانی و زنان باردار در بسیاری از کشورها نشان داده شده است

غنی سازی غذاها

- غنی سازی غذا با ریز مغذی ها استراتژی اصلی برای کنترل کمبود ریز مغذی ها است
- و از طریق ادغام در سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه نتایج مفید در جمهوری اسلامی ایران داشته اند.
- کنترل کیفیت و نظارت بر نمک یددار و آرد غنی شده با آهن و اسید فولیک می تواند به راحتی با درگیر کردن بخش های وابسته به دولت (آزمایشگاه ایمنی مواد غذایی، مواد غذایی و کنترل مواد مخدر و بهداشت محیط زیست) و نیز آموزش جامعه و سلامت کارکنان از طریق سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه به دست آید.
- در واقع، سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه باید نقطه ورود همه برنامه های آموزش تغذیه باشد.

تهیه برخی از غذاهای خاص

- تشویق سیاستگذاران برای حمایت از تولید مواد غذایی غنی از طریق اختصاص یارانه، و دستیابی به همکاری صنایع غذایی برای تداوم برنامه غنی سازی (تغذیه) ضروری است.
- صنایع غذایی باید از اهداف بهداشت کشور آگاه و تشویق به تولید بیشتر کم چربی، کم نمک و محصولات کم کالری کند.

- شواهدی از مشکل در حال ظهور بیماری های مزمن مرتبط با تغذیه در کشورهای در حال توسعه وجود دارد، که به افزایش ثروت به دلیل مصرف غذاهای کارخانه تولید و غیر سنتی و نوشابه های گازدار وجود دارد مرتبط است.
- غذاهای به اصطلاح "فست فود" منجر به افزایش خطر ابتلا به چاقی و بیماری های قلبی عروقی به دلیل محتوای بالای چربی و منجر به انواع مختلف کمبود ریز مغذی ها می گردد

نتیجہ گیری:

- بهبود تغذیه جامعه در کشورهای در حال توسعه نیاز به یک تصویر اپیدمیولوژیک از مشکلات شایع تغذیه ای در مناطق و گروه های سنی مختلف دارد.
- این را می توان به شناسایی اولویت ها، حساسیت سیاستگذاران، ایجاد تعهد سیاسی و طراحی مناسب برنامه های اجتماعی برای ایجاد درآمد و آموزش و پرورش برای لذت بردن از منابع غذایی

- تجارب به دست آمده از برنامه های تغذیه مبتنی بر جامعه نشان می دهد که مالکیت یک برنامه توسط جامعه و با استفاده از روش های سفارشی ساخته شده از عوامل اساسی در اجرای موفقیت آمیز برنامه ها است.
- بهترین راه برای افزایش اثربخشی برنامه های تغذیه ای ادغام دو استراتژی کاهش فقر و افزایش آگاهی تغذیه ای جامعه است.

- افزایش درآمد خانوار، همراه با بهبود مهارت های مردم در مدیریت منابع خانواده و اتخاذ الگوهای مناسب مصرف مواد غذایی موجب افزایش بازده سرمایه گذاری در زمینه توسعه اجتماعی می گردد.
- افزایش آگاهی تغذیه ای جامعه نیز باعث بهبود مهارت های مردم در مدیریت منابع خانگی، مراقبت از کودکان، تشکیل تنظیمات غذا خوردن مادام العمر کودکان و بهبود سلامت زنان می شود.

- این امر به نوبه خود سبب تسهیل مشارکت اجتماعی و تاثیر بر سیاست های مواد غذایی و تغذیه می شود.