مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال بیستم، شماره ۵، ویژه‌نامه زمستان ۱۴۰۴، صفحات ۴۹-۴۵

خلاصه سیاستی

تقویت خدمات تغذیه ای در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ایران: یک پیشنهاد سیاستی

رضیه شناور[۱]، آرزو حقیقیان رودسری[۱]، اردشیر خسروی[۲]، مینا باباشاهی[۴-۳]، نسرین امیدوار[۵]، امیرحسین تکیان[۸-۶]

۱- گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

۳- مرکز تحقیقات تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۴- گروه تغذیه جامعه، دانشکده تغذیه و علوم غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۵- نویسنده مسئول: گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. پست الکترونیکی: omidvar.nasrin@gmail.com

۶-نویسنده مسئول: مرکز تعالی سلامت جهانی(CEGH) ، گروه سلامت جهانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
پست الکترونیکی: takian@tums.ac.ir

۷- گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۸- مرکز تحقیقات عدالت در سلامت(HERC) ، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: بیماری‌های غیرواگیر مهم‌ترین علت مرگ و ناتوانی در ایران هستند و عوامل تغذیه‌ای نقش قابل توجهی در بار این بیماری‌ها دارند. این خلاصه سیاستی با هدف ارائه راهکار ها و گزینه های سیاستی برای رفع موانع موجود و تقویت تسهیل کننده ها در راستای ارتقای روند اجرایی سیاست ادغام خدمات تغذیه ای در مراقبت های اولیه بهداشتی نظام سلامت ایران انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه کیفی با مشارکت ۴۹ سیاستگذار، مدیر، متخصص تغذیه، پزشک و ارائه‌دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت در سطح ملی و دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری و تحلیل شدند.

یافته‌ها: با وجود ادغام کارشناسان تغذیه در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت از سال ۱۳۹۳، شواهد این مطالعه کیفی نشان می‌دهد که بهره‌برداری مؤثر از خدمات تغذیه همچنان با موانع ساختاری، سازمانی و رفتاری مواجه است. کمبود نیروی انسانی، غلبه رویکرد درمان‌محور، ضعف نظام ارجاع و پایش عملکرد، آموزش ناکافی، سواد تغذیه‌ای پایین جامعه و انگیزه محدود نیروی انسانی از مهم‌ترین چالش‌ها هستند. بر اساس یافته‌ها، چهار گزینه سیاستی شامل تقویت نیروی انسانی تغذیه از طریق تامین منابع مورد نیاز و توانمند سازی، اصلاح آموزش، بازطراحی نظام ارجاع و پایش عملکرد، و تقویت رویکرد پیشگیری‌محور پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری: اجرای همزمان این سیاست‌ها می‌تواند دسترسی، کیفیت و اثربخشی خدمات تغذیه ای در قالب نظام سلامت عمومی ایران را در ارتقای سلامت عمومی و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر ارتقا دهد.

واژگان کلیدی: خدمات تغذیه، مراقبت‌های اولیه بهداشتی، سیاست‌گذاری سلامت، بیماری‌های غیرواگیر، پیشگیری، ایران

مقدمه و بیان مساله

بیماری‌های غیرواگیر مهم‌ترین علت مرگ و ناتوانی در ایران هستند و عوامل تغذیه‌ای نقش کلیدی در ایجاد و تشدید این بیماری‌ها دارند (۱،۲). تأثیرات منفی عادات غذایی ناسالم از عوامل مهم مؤثر بر بروز بیماری‌های غیرواگیر و مرگ‌ومیر و ناتوانی‌های مرتبط با آن‌ها محسوب می‌شوند. در این راستا، مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Primary Health Care; PHC)نقش بسیار مهمی در شناسایی

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.9]

زودهنگام رفتارها و عادات ناسالم و نیز ترویج و حمایت از اصلاح آن‌ها ایفا می‌کند (۲, ۷). توسعه و تقویت مداخلات مراقبت‌های اولیه در زمینه ارتقای تغذیه سالم و اصلاح سبک زندگی، یکی از اولویت‌های مشترک سازمان جهانی بهداشت، بویژه در منطقه مدیترانه شرقی می باشد (۷,۴). با وجود سیاست ادغام خدمات تغذیه در شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت از سال ۱۳۹۳، بهره‌برداری مؤثر از این ظرفیت همچنان محدود است (۳) و این ظرفیت هنوز به‌طور کامل در پیشگیری از بیماری‌ها به‌کار گرفته نشده است (۵). ادامه این وضعیت موجب کاهش اثربخشی مداخلات پیشگیرانه و افزایش هزینه‌های نظام سلامت خواهد شد(۵). شواهد نشان می‌دهد که موانع ساختاری و اجرایی از جمله کمبود نیروی انسانی متخصص تغذیه مخصوصا خبرگان تغذیه جامعه ، غلبه رویکرد درمان‌محور، ضعف نظام ارجاع و پایش عملکرد، ناکارآمدی شاخص‌های اطلاعاتی و ضعف آموزش، اثربخشی این خدمات را محدود کرده‌اند (۶، ۷). همچنین سواد تغذیه‌ای پایین جامعه و محدودیت انگیزشی در ارائه‌دهندگان خدمات، تقاضا و کیفیت خدمات تغذیه را کاهش داده است(۴,۵). در نتیجه، نظام سلامت از ظرفیت پیشگیرانه تغذیه به‌طور کامل بهره‌برداری نکرده و بار بیماری‌های غیرواگیر همچنان در حال افزایش است(۲-۴). این وضعیت ضرورت بازطراحی سیاست‌های ادغام خدمات تغذیه و تقویت رویکرد پیشگیری‌محور در PHC را برجسته می‌سازد. این خلاصه سیاستی با هدف ارائه راهکار ها و گزینه های سیاستی برای رفع موانع موجود و تقویت تسهیل کننده ها در راستای ارتقای روند اجرایی سیاست ادغام خدمات تغذیه ای در مراقبت های اولیه بهداشتی نظام سلامت ایران انجام شد.

روش پژوهش

این خلاصه سیاستی بر اساس یافته‌های یک مطالعه کیفی در سطح ملی و مطالعه موردی شهر شیراز تدوین شده است. در این مطالعه ۴۹ نفر از سیاستگذاران، مدیران، متخصصان تغذیه، پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت مشارکت داشتند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری و با کمک نرم‌افزار MAXQDA 2020 تحلیل شدند (۹,۸). یافته‌ها با شواهد داخلی و بین‌المللی و تجارب سایر کشورها در حوزه ادغام خدمات تغذیه در نظام سلامت مقایسه و ترکیب شدند. در نهایت، گزینه‌های سیاستی بر اساس معیارهای اثربخشی، امکان‌پذیری اجرا و تناسب با ساختار نظام سلامت ایران تدوین شدند.

یافته‌های کلیدی

بر اساس تحلیل داده‌های مربوط به مصاحبه با ذینقشان کلیدی، مهم‌ترین یافته‌های مطالعه به شرح زیر است:

- نظام مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) مهم‌ترین زیرساخت برای ارائه خدمات تغذیه است.
- کمبود نیروی انسانی متخصص تغذیه باعث کاهش پوشش و کیفیت خدمات شده است.
- آموزش فعلی دانشگاهی پاسخگوی نیازهای عملی نظام سلامت نیست.
- نظام ارجاع و ارتباط بین سطوح خدمت ناکارآمد است.
- شاخص‌های تغذیه در نظام اطلاعات سلامت ناکافی هستند.
- سواد تغذیه‌ای پایین جامعه موجب کاهش تقاضای خدمات سلامت از طریق PHC شده است.

گزینه‌های سیاستی پیشنهادی

با توجه به یافته‌های کلیدی مطالعه، گزینه‌های سیاستی برای تقویت خدمات تغذیه ای در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت پیشنهاد می شود:

۱-تقویت و تثبیت نیروی انسانی تغذیه درPHC

این گزینه بر رفع کمبود ساختاری نیروی انسانی تمرکز دارد. اجرای آن شامل تعیین استاندارد جمعیتی برای کارشناسان تغذیه در بسته خدمات تغذیه، جذب هدفمند نیرو در مناطق محروم یا حاشیه نشین و ایجاد مشوق‌های پایدار شغلی برای افزایش ماندگاری نیروها است. همچنین جانمایی درست نقش کارشناسان تغذیه در تیم سلامت برای افزایش اثربخشی خدمات ضروری است.

۲- اصلاح آموزش علوم تغذیه با رویکرد مهارتی و بین‌رشته‌ای

این گزینه بر اصلاح نظام آموزشی با تمرکز بر مهارت‌های عملی، ارتباطی و بین‌رشته‌ای تأکید دارد. بازنگری کوریکولوم اموزش دانش آموختگان رشته تغذیه، آموزش مهارت‌های

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.9]

مدیریت تغذیه جامعه و مشاوره تغذیه، تقویت آموزش مبتنی بر جامعه و اجرای آموزش بین‌رشته‌ای با سایر رشته‌های سلامت از اقدامات کلیدی آن است.

۳- بازطراحی نظام ارجاع و پایش خدمات تغذیه

این گزینه بر ایجاد نظام استاندارد ارجاع و پایش مبتنی بر داده تمرکز دارد. طراحی مسیرهای ارجاع مشخص، تعریف شاخص‌های عملکرد تغذیه در سامانه اطلاعات سلامت (سیب) و توسعه داشبوردهای مدیریتی برای پایش عملکرد از اجزای اصلی آن است.

۴- تقویت رویکرد پیشگیری‌محور در نظام سلامت

تغییر جهت‌گیری نظام سلامت از درمان‌محور به پیشگیری‌محور در ایران یک ضرورت انکار ناپذیر است. تخصیص منابع پایدار برای برنامه‌های تغذیه‌ای در جامعه محلی، ادغام شاخص‌های تغذیه در ارزیابی عملکرد و تقویت همکاری بین‌بخشی از اقدامات اصلی آن است

پیام کلیدی برای سیاستگذاران

به نظر می‌رسد خدمات تغذیه ای در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ایران با وجود ظرفیت‌های موجود، هنوز جایگاه واقعی خود را پیدا نکرده است. حل این مسئله نیاز به مجموعه‌ای از اصلاحات هماهنگ در حوزه تامین و تربیت نیروی انسانی متخصص با رویکرد جامعه محور، از جمله آموزش و اصلاح کوریکولوم آموزشی، اصلاح ساختار ارجاع و پایش عملکرد و مهمتر از همه تقویت رویکرد پیشگیری در سیاست‌گذاری کلان سلامت دارد تا بتواند به هدف نهایی ارتقای سلامت جامعه و کاهش بار بیماری های غیرواگیر دست یافت.

سپاسگزاری: خلاصه سیاستی حاضر بخشی از پایان‌نامه خانم رضیه شناور، دانشجوی مقطع دکتری سیاست‌های غذا و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است که طرح آن با کد اخلاق IR.SBMU.NNFTRI.REC.1402.023 در شورای پژوهشی انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور به تصویب رسیده است. بدینوسیله از حمایت مالی شورای مزبور از اجرای این پروژه سپاسگزاری می شود.

جدول گزینه‌های سیاستی/پیشنهادت برای تقویت خدمات تغذیه در نظام PHC ایران

اولویت	پیشنهاد	شواهد	ذی نقشان مرتبط با تدوین، تصویب و اجرا	منابع مورد نیاز
۱	تقویت و تثبیت نیروی انسانی تغذیه در شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت	کمبود نیروی متخصص تغذیه موجب کاهش پوشش خدمات، افزایش بار کاری سایر ارائه‌دهندگان و محدود شدن مداخلات پیشگیرانه در سطح PHC شده است	وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه، دانشگاه‌های علوم پزشکی	ایجاد ردیف استخدامی پایدار، تخصیص بودجه از منابع عمومی سلامت، طراحی مشوق‌های ماندگاری در مناطق کم‌برخوردار
۲	اصلاح آموزش علوم تغذیه با رویکرد مهارتی و بین‌رشته‌ای	ناکافی بودن آموزش‌های مهارتی و ضعف آموزش بین‌رشته‌ای موجب کاهش آمادگی فارغ‌التحصیلان برای ارائه خدمات در نظام سلامت شده است	وزارت بهداشت، برد تخصصی آموزش علوم پزشکی	بازنگری کوریکولوم، توسعه آموزش‌های عملی، طراحی دوره‌های مشترک با سایر رشته‌های سلامت
۳	بازطراحی نظام ارجاع و پایش خدمات تغذیه ای	نبود نظام ارجاع منسجم و ضعف شاخص‌های پایش موجب اختلال در تداوم مراقبت و کاهش کارایی خدمات تغذیه در PHC شده است	وزارت بهداشت، مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات سلامت	طراحی مسیرهای استاندارد ارجاع، توسعه شاخص‌های تغذیه‌ای، ارتقای سامانه‌های ثبت و گزارش‌دهی
۴	تقویت رویکرد پیشگیری‌محور در نظام سلامت	غلبه رویکرد درمان‌محور باعث شده ظرفیت خدمات تغذیه در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر به‌طور کامل استفاده نشود	معاونت بهداشت وزارت بهداشت، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	ادغام شاخص‌های تغذیه در نظام ارزیابی عملکرد، تخصیص منابع پایدار برای پیشگیری، تقویت همکاری بین‌بخشی

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.9]

References

1. Abdullahi ZM, Kingsley OI, Yusuf M, EO U, Otutu M, Nwose EU. Epidemiology, Prevention and Management of Non-Communicable Diseases (NCDS): A Review. Journal of Health, Wellness and Safety Research. 2025.
2. Organization WH. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration2018.
3. Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS, et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The lancet. 2019; 393:1958-72.
4. Bortolini GA, Pereira TN, Nilson EAF, Pires ACL, Moratori MF, Ramos MKP, et al. Evolution of nutrition actions in primary health care along the 20-year history of the Brazilian National Food and Nutrition Policy. Cadernos de Saúde Pública. 2022;37:e00152620
5. Torabi PH, F. N. Minaei, M. Zarei, M. Sadeghi, F. Ghotb Abadi, H. Fallah, H., Rezvani A. Nutrition Education Package in the Health Transformation Program for Health Sector (Specialized for Nutrition Experts). In: Officer CNIO-DH, editor. IRAN: Andisheh Mandegar Publications; 2021.
6. Neves JA, Zangirolani LTO, Medeiros MATd. Evaluation of nutritional care of overweight adults from the perspective of comprehensive health care. Revista de Nutrição. 2017; 30:511-24.
7. Al-Jawaldeh A, Hammerich A, Doggui R, Engesveen K, Lang K , etal. Implementation of WHO Recommended Policies and Interventions on Healthy Diet in the Countries of the Eastern Mediterranean Region: From Policy to Action. Nutrients **2020**, 12, 3700; doi: 10.3390/nu12123700.
8. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation: Springer; 2000. p. 279-317.
9. Software V. MAXQDA 2020 [computer software]. 2019

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.9]

Policy Brief:

Strengthening Nutrition Services in Iran's Primary Health Care System: An Evidence-Based Policy Recommendation

Shenavar R[1], Haghighian-Roudsari A[1], Khosravi A[2], Babashahi M[3-4], Omidvar N[1], Takian A*[5-8]*

1- Department of Community Nutrition, Faculty of Nutrition Science and Food Technology, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2-Deputy for Public Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

3-Nutrition Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

4-Department of Community Nutrition, School of Nutrition and Food Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

*5- *Corresponding author: Department of Community Nutrition, Faculty of Nutrition Science and Food Technology, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.* Email: omidvar.nasrin@gmail.com

*6-*Corresponding author: Centre of Excellence for Global Health (CEGH), Department of Global Health, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.* Email: takian@tums.ac.ir

7-Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

8-Health Equity Research Centre (HERC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background and Objective: Non-communicable diseases (NCDs) are the leading causes of mortality and disability in Iran, and dietary factors contribute substantially to their burden. This policy brief was developed to propose strategies and policy options for addressing existing barriers and strengthening enabling factors to enhance the implementation of the policy integrating nutrition services into primary health care (PHC) within Iran's health system.

Materials and Methods: This qualitative study was conducted with the participation of 49 policymakers, managers, nutritionists, physicians, and health care providers involved in the primary health care system at the national level and at Shiraz University of Medical Sciences. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using qualitative methods.

Findings: Although nutrition experts have been integrated into the primary health care system since 2014, evidence from this qualitative study indicates that the effective utilization of nutrition services continues to face structural, organizational, and behavioral barriers. The most significant challenges include shortages of human resources, the predominance of a treatment-oriented approach, weaknesses in the referral and performance monitoring systems, inadequate training, low nutrition literacy among the population, and limited workforce motivation. Based on the findings, four policy options are proposed: strengthening the nutrition workforce through adequate resource allocation and capacity building; reforming educational and training programs; redesigning referral and performance monitoring systems; and reinforcing a prevention-oriented approach.

Conclusion: The simultaneous implementation of these policy options has the potential to improve the accessibility, quality, and effectiveness of nutrition services within Iran's public health system, thereby contributing to better population health outcomes and the prevention of non-communicable diseases.

Keywords: Nutrition services, Primary health care, Health policy, Non-communicable diseases, Prevention

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.9]