مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال بیست و یکم، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۵، صفحات ۱۰۶-۱۰۱

خلاصه سیاستی

راهکارهای مبتنی بر شواهد برای بهینه‌سازی اجرای سیاست سبد حمایتی کودکان با هدف بهبود امنیت غذایی آنان

گلناز رجاییه[۱]، جلال زکی[۲]، مهسا فیض‌اللهی[۱]، فاطمه محمدی نصرآبادی[۳]، میترا ذبیحی[۴]، امیرحسین تکیان[۱،۵،۶،۷]

۱- مرکز تعالی سلامت جهانی، گروه سلامت جهانی، دانشکده بهداشت، دانشکده علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲- گروه مدیریت، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
۳- گروه تحقیقات سیاستگذاری و برنامه‌ریزی غذا و تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴- گروه بهبود تغذیه، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۵- نویسنده مسئول: گروه سلامت جهانی و سیاست‌گذاری عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. پست الکترونیکی: Takian@tums.ac.ir
۶- مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۷- گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۴/۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۶/۱۷

چکیده

سابقه و هدف: ناامنی غذایی و سوءتغذیه در دوران کودکی یکی از چالش‌های بحرانی سلامت عمومی و توسعه انسانی است که پیامدهای جبران‌ناپذیری بر سرمایه انسانی برجای می‌گذارد. مطالعه حاضر با هدف شناسایی نقاط قوت و ضعف سیاست‌های مرتبط با توزیع سبدهای تغذیه‌ای حمایتی کودکان و ارائه گزینه‌های سیاستی پیشنهادی برای افزایش اثربخشی این سیاست در کاهش ناامنی غذایی و سوءتغذیه کودکان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این خلاصه سیاستی بر پایه یافته‌های یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل سیاستی تدوین شده است. داده‌ها از طریق بررسی اسناد بالدستی و مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با خبرگان و ذی‌نفعان کلیدی گردآوری شدند. تحلیل داده‌ها بر اساس چارچوب مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون و با استفاده از روش تحلیل چارچوب و نرم‌افزار MAXQDA صورت گرفت.

یافته‌ها: تحلیل سیاستی نشان داد که چالش‌های اصلی برنامه در سه محور محتوا (کمبود پروتئین و لبنیات در سبد و پدیده مصرف اشتراکی)، فرایند (بی‌نظمی در واریزی‌ها و ضعف اطلاع‌رسانی) و زمینه (فرسایش ارزش حمایت در اثر تورم و چالش‌های بودجه‌ای) قرار دارد. همچنین تحلیل ذی‌نفعان حاکی از غلبه بازیگران ستادی و قدرت نهادی پایینِ خانواده‌های بهره‌بردار بود. از منظر فرایندی، بی‌نظمی در زمان واریز اعتبارات و ضعف اطلاع‌رسانی پیامکی، پیش‌بینی‌پذیری برنامه را برای خانوارها کاهش داده است. به‌علاوه، محدودیت بودجه مصوب شکافی ۳۹ درصدی میان جمعیت واجد شرایط واقعی و مشمولان نهایی برنامه ایجاد کرده است.

نتیجه‌گیری: راهبرد اصلی برای ارتقای وضعیت، گذار از «مداخله حمایتی صرفاً مالی» به الگوی «Cash-Plus» (حمایت مالی همراه با خدمات مکمل) است. پیشنهادهای کلیدی شامل تعدیل خودکار اعتبار سبد بر اساس تورم مواد غذایی، اتصال برخط سامانه‌های نظارتی، اصلاح شاخص‌های ورود و خروج بر اساس معیارهای تن‌سنجی و استقرار حکمرانی شبکه‌ای زیر نظر یک کمیته ملی راهبری است.

واژگان کلیدی: امنیت غذایی، سوء تغذیه، مثلث سیاست‌گذاری، تحلیل ذی‌نقشان، سبد حمایتی، کودکان، ایران

پیام‌های اصلی

- سبد حمایتی کودکان زیر ۵ سال با کمبود پروتئین و لبنیات، مصرف اشتراکی اقلام در خانوار و بی‌نظمی در واریز اعتبار روبه‌روست.
- تورم غذایی ارزش حمایت را کاهش داده و محدودیت بودجه، شکافی ۳۹ درصدی میان واجدین شرایط و مشمولان ایجاد کرده است.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-23]

- خانوارهای بهره‌بردار کمترین قدرت نهادی را در تصمیم‌گیری دارند.
- راهبرد اصلی، گذار از حمایت صرفاً مالی به الگوی sPlu-Cash است.
- تعدیل خودکار اعتبار با تورم، اتصال برخط سامانه‌ها، اصلاح معیارهای ورود و خروج و تشکیل کمیته ملی راهبری پیشنهاد می‌شود.

• مقدمه

ناامنی غذایی، به‌عنوان وضعیتی که در آن دسترسی پایدار افراد به غذای کافی، ایمن و مغذی برای یک زندگی سالم و فعال با اختلال مواجه است، یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی و توسعه انسانی به شمار می‌رود. ناامنی غذایی در دوران کودکی، به‌ویژه در سال‌های نخست زندگی، زمینه‌ساز اشکال مختلف سوءتغذیه از جمله کم‌وزنی، لاغری، کوتاه‌قدی و کمبود ریزمغذی‌هاست؛ پیامدهایی که به نوبه خود بر ظرفیت یادگیری، بهره‌وری آینده، سلامت جسمی و حتی وضعیت اقتصادی-اجتماعی فرد در بزرگسالی اثر پایدار و گاه جبران‌ناپذیر می‌گذارند (۱).

بر اساس گزارش‌های بین‌المللی، سوءتغذیه کودکان که یکی از مهم‌ترین پیامدهای ناامنی غذایی است، همچنان یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط به شمار می‌رود و با افزایش خطر بیماری، مرگ‌ومیر، کاهش عملکرد تحصیلی و افت سرمایه انسانی همراه است (۳، ۲). تغذیه ناکافی و نامتعادل، عملکرد سیستم ایمنی کودکان را تضعیف می‌کند و آنان را در برابر عفونت‌ها، بیماری‌های تنفسی، اسهال و سایر بیماری‌های شایع کودکی آسیب‌پذیرتر می‌سازد (۵، ۴، ۱).

در ایران نیز مسئله ناامنی غذایی و سوءتغذیه کودکان، به‌ویژه در میان خانوارهای کم‌درآمد و مناطق کم‌برخوردار، یکی از موضوعات مهم سلامت عمومی و سیاست اجتماعی است. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ناامنی غذایی در ایران شیوع قابل توجهی دارد و تحت تأثیر عواملی مانند فقر، بیکاری، تورم، بعد خانوار، سطح سواد، محل سکونت و وضعیت اقتصادی قرار می‌گیرد (8-6). هرچند در دهه‌های گذشته پیشرفت‌هایی در کاهش برخی اشکال سوءتغذیه حاصل شده، اما همچنان کم‌وزنی، کوتاه‌قدی، لاغری و ناامنی غذایی در برخی گروه‌ها و مناطق کشور وجود دارد (۱۰، ۹).

در پاسخ به این وضعیت، یکی از مهم‌ترین برنامه‌ها، برنامه حمایت تغذیه‌ای از کودکان زیر پنج سال مبتلا به سوءتغذیه در خانوارهای نیازمند است. این برنامه از سال ۱۳۸۰ آغاز شد و از سال ۱۴۰۲ با همکاری دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور ادامه یافته است. با این حال، شواهد نشان می‌دهد که اثر سیاست‌های حمایتی بر فقر، نابرابری و امنیت غذایی، به نحوه طراحی، مقدار حمایت، استمرار پرداخت و شرایط کلان اقتصادی بستگی دارد (۱۱). ارزیابی‌های میدانی در حوزه دانشگاه علوم پزشکی تهران نشان می‌دهد که به‌رغم این پوشش، همچنان ۵.۳۲٪ از کودکان تحت پوشش با ناامنی غذایی دست‌وپنجه نرم می‌کنند که ضرورت تحلیل ساختاری این سیاست را ایجاب می‌کند. بر این اساس، این خلاصه سیاستی (Policy Brief) با هدف ارائه شواهد و پیشنهادهای عملی برای بهبود سیاست‌های حمایت تغذیه‌ای تدوین شده است.

• مواد و روش‌ها

این خلاصه سیاستی بر پایه یافته‌های بخش کیفی یک پژوهش با رویکرد ترکیبی کمی و کیفی با عنوان «بررسی شیوع ناامنی غذایی کودکان تحت پوشش توزیع سبدهای حمایتی دانشگاه علوم پزشکی تهران و تحلیل برای سیاستگذاری به منظور اصلاح و بهبود سیاست های مرتبط با سبدهای غذایی حمایتی کودکان» تدوین شده است. داده‌های کیفی از دو مسیر گردآوری شدند: الف) بررسی اسناد رسمی برنامه حمایت تغذیه‌ای کودکان زیر پنج سال، شامل دستورالعمل اجرایی برنامه، گزارش‌های عملکرد دانشگاه‌های علوم پزشکی، مکاتبات بین‌بخشی، سند شرایط پذیرش کودک و فرم‌های اجرایی برنامه؛ و ب) انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با خبرگان و ذی‌نقشان کلیدی برنامه که با روش نمونه‌گیری هدفمند و در موارد لازم به‌صورت گلوله‌برفی انتخاب شدند. مصاحبه‌ها تا دستیابی به اشباع داده‌ها ادامه یافت.

داده‌های حاصل از بررسی اسناد و مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل چارچوب (Framework Analysis) و بر پایه مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون (۱۲) تحلیل شدند و یافته‌ها در قالب ابعاد زمینه، محتوا، فرایند و بازیگران سازمان‌دهی گردیدند. همچنین، به‌منظور شناسایی و ارزیابی نقش بازیگران اصلی، تحلیل ذی‌نفعان بر اساس چارچوب Varvasovszky و Brugha انجام شد.

• یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش در چارچوب مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون ارائه می‌شود:

محتوا (Content)

- **تمرکز مداخله:** برنامه بر کودکان زیر ۵ سال مبتلا به سوءتغذیه (لاغری شدید) در دهک‌های نیازمند از طریق ۱۱ دوره شارژ سبد کالا و آموزش مادران تمرکز دارد.
- **چالش‌های کلیدی:** سیاست‌ها بیش از حد بر تأمین کالری حداقلی متمرکز هستند؛ در حالی که کمبود شدید اقلام پروتئینی و لبنی در سبد و همچنین »پدیده مصرف اشتراکی اقلام در خانوار«، اثربخشی درمان سوءتغذیه کودک را به شدت محدود ساخته است.

فرایند (Process)

- **چرخه اجرا:** فرآیند اجرا متکی بر شناسایی در شبکه بهداشت و آزمون وسع در پایگاه رفاه ایرانیان است که با پایش ماهانه رشد توسط کارشناسان تغذیه دنبال می‌شود.
- **چالش‌های کلیدی:** اختلال و بی‌نظمی ساختاری در زمان واریز اعتبارات، ضعف اطلاع‌رسانی پیامکی به خانوارها و مشکلات اجرایی در سطح فروشگاه‌ها (مانند ناآگاهی متصدیان و دشواری دریافت فیش خرید) مانع از اجرای پیش‌بینی‌پذیر برنامه شده است.

زمینه و حکمرانی (eGovernanc & Context)

- **بستر ساختاری:** تولیت برنامه فرابخشی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور) است و بر پایش داده‌محور سامانه‌ها استوار است.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-23]

- **چالش‌های کلیدی:** تورم ساختاری شدید مواد غذایی به‌سرعت ارزش واقعی حمایت مالی را فرسایش می‌دهد؛ از سوی دیگر محدودیت بودجه مصوب باعث ایجاد شکاف ۳۹ درصدی میان واجدین شرایط واقعی و مشمولان نهایی شده و برنامه با سیاست‌های کلان معیشتی و کارآفرینی خانوار پیوند نخورده است.

• تحلیل ذی‌نقشان (Stakeholders)

بازیگران ستادی (تولیت و پشتیبانی): «دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت» به‌عنوان متولی فنی برنامه، مسئول طراحی محتوای تغذیه‌ای سبد، تدوین دستورالعمل اجرایی و نظارت بر پایش رشد کودکان است و بالاترین سطح قدرت، مشروعیت و فوریت را دارد؛ «سازمان برنامه و بودجه کشور» مسئول تخصیص و تأمین سالانه منابع مالی برنامه است؛ و «وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی» از طریق پایگاه رفاه ایرانیان، مسئول اجرای آزمون وسع، شناسایی خانوارهای واجد شرایط و پایداری ساختاری فرایند شناسایی است.
بازیگران خط مقدم (اجرا و توزیع): «شبکه بهداشت و مراقبان سلامت» مسئول شناسایی کودکان مبتلا به سوءتغذیه، ارتباط مستقیم با خانواده‌ها و پایش ماهانه رشد هستند و با فوریت بالا اما قدرت سازمانی کمتر عمل می‌کنند؛ «فروشگاه‌های منتخب» مسئول تحویل فیزیکی اقلام سبد به خانوارها بر پایه اعتبار تخصیص‌یافته‌اند و با قدرت و مشروعیت میانه، نقش واسط عملیاتی را در زنجیره توزیع کالا ایفا می‌کنند.
بهره‌برداران نهایی: «خانواده‌های گیرنده خدمت»، به‌عنوان مصرف‌کننده نهایی سبد و مجری عملی توزیع درون‌خانگی آن، به‌رغم داشتن بالاترین سطح علاقه و فوریت، در موقعیت وابسته با کمترین قدرت سازمانی در فرایند تصمیم‌گیری قرار دارند که لحاظ کردن نیازها و بازخورد آنان در طراحی سیاست الزامی است.

• تلفیق موانع کلیدی پیشروی اثربخشی برنامه

موانع مطرح‌شده در یافته‌های بخش ۳ (محتوا، فرایند و زمینه) را می‌توان در چهار محور اصلی جمع‌بندی کرد: کیفیت و تنوع ناکافی سبد، بی‌نظمی ساختاری فرایند پرداخت، فرسایش مالی حمایت در اثر تورم، و ضعف حکمرانی داده‌محور. افزون بر این محورها، تحلیل دو مانع تکمیلی را نیز آشکار ساخت: نخست، ضعف هماهنگی چندبخشی میان وزارت بهداشت، وزارت رفاه و سازمان برنامه و عدم تبادل برخط داده میان سامانه‌های «سیب» و «رفاه ایرانیان» که به خطای شناسایی گروه هدف می‌انجامد؛ و دوم، محدود شدن اثربخشی سیاست در سطح خانواده به دلیل پدیده مصرف اشتراکی اقلام سبد میان اعضای خانوار، مهاجرت خانوارها و سطح پایین سواد تغذیه‌ای والدین. جدول ۲ این چالش‌ها را به تفکیک شش محور راهبردی و راهکارهای سیاستی متناظر با هر یک ارائه می‌دهد.

جدول۱. ماتریس طبقه‌بندی ذی‌نقشان بر اساس قدرت، مشروعیت، فوریت و علاقه

ذی‌نقش	قدرت	مشروعیت	فوریت	علاقه	جایگاه ذی‌نقش
دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت	بالا	بالا	بالا	بالا	کلیدی و محوری
سازمان برنامه و بودجه وزارت رفاه	بالا	بالا	متوسط تا بالا	متوسط تا بالا	نهادی اثرگذار
دفتر امور حمایتی و توانمندسازی وزارت رفاه کار و تعاون	بالا	بالا	متوسط تا بالا	بالا	سیاست‌گذار و حمایتی
دفتر بهبود تغذیه معاونت بهداشت	بالا	بالا	بالا	بالا	تخصصی و اجرایی مهم
اداره رفاه و تعاون شهر تهران	متوسط تا بالا	بالا	بالا	بالا	اجرایی و رابط میدانی
مراکز خدمات سلامت خانواده در معاونت بهداشت	متوسط	بالا	بالا	بالا	خط مقدم اجرا
پایگاه بهداشت شهری-روستایی و مراقب سلامت / مشاور تغذیه	متوسط	بالا	بالا	بالا	اجرایی-خدماتی
فروشگاه‌های منتخب	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	عملیاتی در زنجیره اجرا
خانواده‌های گیرنده خدمت	پایین (قدرت)	بالا	بالا	بالا	اصلی/بهره‌بردار

• پیشنهادهای سیاستی (Recommendations Policy)

راهبرد اصلی برای ارتقای اثربخشی برنامه، گذار از الگوی «حمایت نقدی صرف» به مدل هدفمند Plus-Cash است (۱۳)؛ به این معنا که حمایت مالی با خدمات مکمل آموزشی، پایشی و بهداشتی همراه شود. جدول ۲ این راهبرد را به تفکیک شش چالش راهبردی برنامه (بر اساس اضلاع مثلث سیاست‌گذاری)، پیشنهادهای سیاستی عینی و عملیاتی، نهادهای متولی و همکار و سطح اولویت هر اقدام ارائه می‌کند.

• پیام اصلی به سیاستگذار

اگر برنامه حمایت تغذیه‌ای کودکان زیر ۵ سال قرار است ناامنی غذایی را به‌طور پایدار کاهش دهد، صرف افزایش پوشش یا مبلغ حمایت کافی نیست. محتوای سبد باید به سمت تأمین پروتئین، لبنیات و ریزمغذی‌ها بازطراحی شود، اعتبار آن به‌صورت خودکار با تورم مواد غذایی تعدیل گردد و اجرای برنامه از طریق اتصال برخط سامانه‌های نظارتی و پرداخت منظم و قابل پیش‌بینی، از سطح ستادی به سطح خانوار پیوند بخورد. بدون این اصلاحات ساختاری، فاصله میان جمعیت واجد شرایط و مشمولان نهایی و تداوم ناامنی غذایی کودکان، همچنان پابرجا خواهد ماند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت تحقیقات و فناوری و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران برای تصویب و حمایت از اجرای این طرح، و همچنین از تمامی خبرگان و ذی‌نقشانی که با شرکت صمیمانه در مصاحبه‌ها اطلاعات ارزشمند خود را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، ابراز می‌دارند.

شماره کد اخلاق: IR.TUMS.MEDICINE.REC.1404.276
(صادر شده توسط کمیته اخلاق در پژوهشِ دانشگاه علوم پزشکی تهران)

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-23]

جدول۲. نقشه راه سیاستی (Policy Roadmap)

ردیف	چالش راهبردی (ضلع مثلث سیاست)	پیشنهاد سیاستی عینی و عملیاتی (ترکیبی و تکمیلی)	نهادهای متولی و همکار	اولویت
۱	ناکافی بودن محتوای سبد و مالی‌بودن صرف حمایت (محتوا)	گذار از «حمایت نقدی ساده» به مدل Cash-Plus هدفمند بازطراحی سبد با تأکید بر «سیری سلولی» (ریزمغذی‌ها + پروتئین + لبنیات) +وضعیت اقتصادی +کاهش ناامنی غذایی تمرکز ویژه بر کودکان ۶–۲۴ ماه و مادران باردار (۱۰۰۰ روز اول زندگی) آموزش تغذیه عملی مادران توسط بهورزان اتصال دریافت حمایت به پایش فعال رشد در سامانه سیب	وزارت بهداشت (آموزش و پایش)، وزارت رفاه (پرداخت و کالابرگ)، سازمان برنامه (تأمین منابع)، وزارت جهاد کشاورزی (تأمین اقلام)	بسیار بالا
۲	ضعف هدفمندی و خطای شناسایی گروه هدف (محتوا + فرایند)	اصلاح شاخص‌های ورود و خروج استفاده همزمان از شاخص‌های تن‌سنجی + کمبود ریزمغذی‌ها تعریف دقیق معیار خروج پس از بهبود وضعیت رشد اولویت‌دهی جغرافیایی بر اساس نرخ ناامنی غذایی و کوتاهی قد ایجاد امکان جایگزینی سریع کودکان جدید به‌جای موارد خروجی	وزارت بهداشت (تشخیص)، وزارت رفاه (پایگاه رفاه ایرانیان)، استانداری‌ها	بسیار بالا
۳	بی‌نظمی فرایندی و ضعف داده و پرداخت (فرایند)	ایجاد نظام یکپارچه داده و پرداخت اتصال برخط سامانه سیب و رفاه با شناسه واحد کودک ایجاد MIS ملی با داشبورد پایش لحظه‌ای پرداخت ماهانه در تاریخ مشخص + پیامک اطلاع‌رسانی حذف کامل فرایند کاغذی و استفاده از کارت هوشمند/اپلیکیشن	وزارت رفاه، وزارت بهداشت، سازمان فناوری اطلاعات، ثبت احوال	بالا
۴	فرسایش ارزش حمایت در اثر تورم و تأخیر بودجه (زمینه اقتصادی)	پایداری مالی و شاخص‌پذیری تورمی تعدیل خودکار سبد هر ۶ ماه بر اساس تورم مواد غذایی تعریف برنامه به‌عنوان ردیف پایدار حمایتی (خط قرمز رفاهی) تخصیص حداکثر یک‌ماه پس از تصویب بودجه امکان استفاده از منابع مکمل پایدار	سازمان برنامه و بودجه، وزارت رفاه، بانک مرکزی	بسیار بالا
۵	ضعف هماهنگی بین‌بخشی و نابرابری قدرت ذی‌نفعان (زمینه حکمرانی)	حکمرانی شبکه‌ای و تمرکززدایی هوشمند تشکیل کمیته ملی راهبری امنیت غذایی کودک با دبیرخانه دائمی واگذاری اختیار اجرایی و شناسایی موارد پرخطر به استان‌ها سازوکار بازخورد منظم از کارشناسان خط مقدم و خانواده‌ها انتشار گزارش سالانه عملکرد برای افزایش پاسخگویی	معاونت اجرایی ریاست‌جمهوری/شورای عالی سلامت، وزارت بهداشت، وزارت رفاه، سازمان برنامه	بالا
۶	پایداری پایین اثرات و وابستگی صرف به حمایت غذایی (زمینه اجتماعی)	تقویت بخش توانمندسازی افزایش سهم بودجه آموزش و مشاوره تغذیه برگزاری کارگاه‌های مهارت تغذیه سالم کم‌هزینه آموزش تنوع غذایی با منابع محلی پیوند برنامه با خدمات حمایتی دیگر (سلامت، مشاوره، حمایت اجتماعی)	وزارت بهداشت، وزارت رفاه، کمیته امداد/بهزیستی، استانداری‌ها	متوسط به بالا

References

1. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet. 2013;382(9890):427-51.
2. FAO, IFAD, UNICEF, WFP, WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2023: Urbanization, agrifood systems transformation and healthy diets across the rural–urban continuum. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2023.
3. United Nations Children's Fund. Child Food Poverty: Nutrition deprivation in early childhood. New York: UNICEF; 2023.
4. Rodríguez L, Cervantes E, Ortiz R. Malnutrition and gastrointestinal and respiratory infections in children: a public health problem. Int J Environ Res Public Health. 2011;8(4):1174-205.
5. Rytter MJH, Kolte L, Briend A, Friis H, Christensen VB. The immune system in children with malnutrition—a systematic review. PLoS One. 2014;9(8):e105017.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-23]

6. Arzhang P, Abbasi SH, Sarsangi P, Malekahmadi M, Nikbaf-Shandiz M, Bellissimo N, et al. Prevalence of household food insecurity among a healthy Iranian population: a systematic review and meta-analysis. Front Nutr. 2022;9:1006543.

7. Tabrizi JS, Nikniaz L, Sadeghi-Bazargani H, Farahbakhsh M, Nikniaz Z. Socio-demographic determinants of household food insecurity among Iranian: a population-based study from Northwest of Iran. Iran J Public Health. 2018;47(6):893-900.

8. Daneshi-Maskooni M, Shab-Bidar S, Badri-Fariman M, Aubi E, Mohammadi-Nasrabadi F, Esmaeili M, et al. Questionnaire-based prevalence of food insecurity in Iran: a review article. Iran J Public Health. 2017;46(11):1454-64.

9. Azizi-Soleiman F SH, Zamanian M. Comparison of the Prevalence and Trend of Malnutrition between 0-6 Years and 7-11 Years Old Iranian Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Prev Med. 2020;26(11):162.

10. Mohseni M, Aryankhesal A, Kalantari N. Prevention of malnutrition among children under 5 years old in Iran: A policy analysis. PloS one 2019;14(3):e0213136.

11. Ghodsi D, Omidvar N, Nikooyeh B, Roustaee R, Rasekhi H, Doustmohammadian A, et al. Process evaluation of a national, community-based, food supplementary programme for improving the nutritional status of children in Iran. Public Health Nutr. 2018;21(15):2805-

12. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy and Planning. 1994;9(4):353-70.

13. Little MT, Roelen K, Lange BCL, Steinert JI, Yakubovich AR, Cluver L, et al. Effectiveness of cash-plus programmes on early childhood outcomes compared to cash transfers alone: a systematic review and meta-analysis in low- and middle-income countries. PLoS Med. 2021;18(9):e1003698.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-23]

Policy Brief

Policy Brief: Evidence-Based Strategies for Optimizing the Implementation of Children's Supportive Food Basket Policy to Improve Their Food Security

*Rajaeieh G[1], Zaki J[2], Feizollahi M[1], Mohammadi Nasrabadi F[3], Zabihi M[4], Takian A[*1,5,6,7]*

1- *Center of Excellence for Global Health (CEGH), Department of Global Health and Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

2- *Department of Management, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran*

3- *Department of Food and Nutrition Policy and Planning Research, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

4- *Community Nutrition Improvement Group, Deputy of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

5- **Corresponding author:Department of Global Health & Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Takian A, Email: Takian@tums.ac.ir*

6- *Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

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

Received 28 Jun, 2026 **Accepted 9 Sep, 2026**

Background and Objectives: Childhood food insecurity and malnutrition are critical public health and human development challenges that leave irreversible consequences on human capital. This study aimed to identify the strengths and weaknesses of policies associated with the distribution of children's supportive nutritional baskets and to propose policy options to enhance the effectiveness of this policy in reducing child food insecurity and malnutrition.

Materials & Methods: This policy brief was developed based on the findings of a qualitative study using a policy analysis approach. Data were gathered through the review of upstream documents and semi-structured interviews with key experts and stakeholders. Data analysis was performed based on the Walt and Gilson policy triangle framework using framework analysis and MAXQDA software.

Results: Policy analysis revealed that program challenges lie within three dimensions: content (lack of protein and dairy in the basket and household food sharing), process (irregular disbursements and weak notification), and context (erosion of support value due to inflation and budgetary challenges). Furthermore, stakeholder analysis indicated the dominance of central actors and the low institutional power of beneficiary families. From a process perspective, irregularity in credit disbursement timings and weak SMS notifications have reduced program predictability for households. In addition, budgetary constraints have created a 39% gap between the actual eligible population and final beneficiaries.

Conclusion: The primary strategy to improve the situation is transitioning from a "purely financial supportive intervention" to a "Cash-Plus" model (financial support combined with complementary services). Key recommendations include automatically adjusting the basket's credit based on food inflation, online integration of regulatory information systems, reforming entry and exit criteria based on anthropometric indices, and establishing network governance under a national steering committee.

Keywords: Food Security, Malnutrition, Policy Triangle, Stakeholder Analysis, Supportive Basket, Children, Iran

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-23]