مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال بیست و یکم، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۵، صفحات ۱۲۸-۱۲۳

خلاصه سیاستی

ارتقای دسترسی مؤثر به خدمات تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت ایران: شکاف‌های اجرایی و گزینه‌های سیاستی

فاطمه شفیعی[۱]، عفت محمدی[۲]، آرزو حقیقیان رودسری[۳]، فرید زایری[۴]

۱- کاندید دکترای سیاست‌های غذا و تغذیه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- 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 الکترونیک: ahaghighian@yahoo.com

۴- گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، مرکز تحقیقات پروتئومیکس، پژوهشکده سیستم بیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۳/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۴/۳۰

چکیده

سابقه و هدف: خدمات تغذیه در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ایران طی یک دهه گذشته گسترش چشمگیری داشته است، با این حال، افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر و تداوم مشکلات تغذیه‌ای نشان می‌دهد که صرف استقرار این خدمات برای اثرگذاری بر سلامت جامعه کافی نیست. مسئله اصلی، تبدیل ظرفیت موجود در مراکز خدمات جامع سلامت به دسترسی مؤثر، مستمر، باکیفیت و مورد اعتماد مردم است. این خلاصه سیاستی با هدف شناسایی شکاف‌های کلیدی در دسترسی به این خدمات و ارائه گزینه‌های سیاستی قابل اجرا تدوین شد.

مواد و روش‌ها: این خلاصه سیاستی بر پایه مرور اسناد، برنامه‌های ملی تغذیه و تجارب بین‌المللی، و تحلیل محتوای مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با سیاست‌گذاران، مدیران، ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت تدوین شد. داده‌ها با تمرکز بر شناسایی شکاف‌های دسترسی به خدمات تغذیه و راهکارهای اجرایی، در ۳ سطح سیاست‌گذاری، ارائه خدمت و دریافت خدمت تحلیل و جمع‌بندی شدند.

یافته‌ها: مهم‌ترین شکاف‌ها شامل کمبود و توزیع نامتوازن نیروی انسانی، ضعف نظام ارجاع و پیگیری، ناکافی بودن شاخص‌های پایش عملکرد در سامانه سیب، محدودیت تجهیزات و فضای مناسب مشاوره، آگاهی ناکافی مردم از خدمات، کاهش اعتماد عمومی، موانع اقتصادی برای اجرای توصیه‌های تغذیه‌ای و نابرابری در دسترسی گروهها و مناطق مختلف بود. بر این اساس، چهار گزینه سیاستی شامل بازطراحی نظام ارجاع و پایش، تقویت و تثبیت نیروی انسانی، ارتقای کیفیت و مقبولیت خدمات و تقویت عدالت دسترسی و امکان عمل به توصیه‌های تغذیه‌ای پیشنهاد شد.

نتیجه‌گیری: تحقق ظرفیت خدمات تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت، مستلزم اجرای گزینه‌های سیاستی پیشنهادی در یافته‌های این پژوهش است. سرمایه‌گذاری در خدمات تغذیه در سطح مراقبت‌های اولیه می‌تواند مداخله‌ای پیشگیرانه و مقرون‌به‌صرفه برای کاهش هزینه‌های درمان و ارتقای عدالت در سلامت باشد.

واژگان کلیدی: دسترسی مؤثر، خدمات تغذیه، مراقبت‌های اولیه سلامت، مراکز خدمات جامع سلامت، سیاست‌گذاری سلامت، ایران

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.66224/nsft.21.3.123]

پیام‌های اصلی

- خدمات تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت ایران مستقر شده‌اند، اما دسترسی مؤثر، مستمر و باکیفیت به این خدمات همچنان با چالش مواجه است.
- مهم‌ترین شکاف‌ها شامل کمبود و توزیع نامتوازن نیروی انسانی، ضعف نظام ارجاع و پیگیری، و ناکافی بودن پایش عملکرد خدمات تغذیه است.
- آگاهی و اعتماد ناکافی مردم، همراه با موانع اقتصادی، استفاده مؤثر از خدمات و اجرای توصیه‌های تغذیه‌ای را محدود می‌کند.
- بازطراحی نظام ارجاع و پایش، تقویت نیروی انسانی، ارتقای کیفیت خدمات و افزایش عدالت دسترسی از گزینه‌های سیاستی کلیدی هستند.

• مقدمه

طرح مسئله مراقبت‌های بهداشتی اولیه PHC (Primary Health Care) در راستای تأمین سلامت به حدود یک قرن پیش برمی‌گردد. اما نقطه عطف این مسیر کنفرانس آلما آتا در سال ۱۹۷۸ میلادی است که طی آن با حضور اکثر کشورها نظام PHC شکل گرفت و به دنبال آن برنامه PHC در کشور ما نیز استقرار یافت (۱). تنها بخشی از دستاوردهای استقرار این نظام در کشور ما عبارت‌اند از: بهبود وضعیت بهداشتی، تأمین آب آشامیدنی سالم، کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان، کاهش چشمگیر شیوع و بروز بیماری‌های واگیر، و افزایش امید به زندگی (۲). با وجود این دستاوردها، کشور ما نیز مشابه سایر کشورهای جهان در حال گذار اپیدمیولوژیک است که در آن از طرفی با سوءتغذیه پروتئین - انرژی (به شکل کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری در کودکان زیر ۵ سال و کمبود ریزمغذی‌های آهن، روی، کلسیم، ید، ویتامین‌های A و D در گروههای سنی مختلف) و از طرف دیگر با روند افزایشی اضافه وزن و چاقی در جامعه مواجه هستیم، که خود عامل خطر ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر از جمله دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی، انواع سرطان‌ها و بیماری‌های مفصلی استخوانی است. بیماری‌های غیرواگیر در حال حاضر مهمترین علل مرگ و میر در کشور ما هستند و مهمترین عوامل خطر ابتلا به این بیماری‌ها عبارت‌اند از: الگوی غذایی نامناسب، تحرک بدنی ناکافی، مصرف دخانیات و استرس. این تغییر الگوی بیماری‌ها از انواع واگیر به غیرواگیر سبب حرکت به‌سوی بازنگری در نظام بهداشت و درمان کشور در قالب برنامه تحول سلامت گردید که یکی از تغییرات ایجاد شده در نظام PHC به‌دنبال این طرح، ادغام خدمات جامعه‌نگر تغذیه در مراقبت‌های بهداشتی کشور بود (۳).

با وجود این ظرفیت نهادی، مسئله اصلی امروز صرفاً وجود خدمات تغذیه در شبکه نیست، بلکه میزان تبدیل این ظرفیت به دسترسی مؤثر، استفاده مناسب، کیفیت قابل قبول و اثرگذاری واقعی بر سلامت مردم است. آنچه که نظام بهداشت و درمان را به اهداف اولیه‌اش نزدیک می‌سازد میزان دسترسی افراد به خدمات ارائه شده در این نظام است. در کشور ما مطالعات متعددی به ارزشیابی برنامه تحول سلامت پرداخته‌اند، ولی عمدتاً هدف آن‌ها تحلیل دستاوردها و چالش‌های سمت عرضه خدمات سلامت بوده است و مختص خدمات تغذیه‌ای نیز نبوده‌اند (۵-۷)، در واقع سمت تقاضا در این ارزشیابی‌ها مغفول واقع گردیده است.

این خلاصه سیاستی با تمرکز بر همین شکاف تدوین شده است: چگونه می‌توان خدمات تغذیه موجود در مراکز خدمات جامع سلامت ایران را از یک خدمت ادغام‌شده در ساختار شبکه، به خدمتی در دسترس، مورد اعتماد، باکیفیت و اثرگذار برای مردم تبدیل کرد؟ برای پاسخ به این پرسش، شواهد حاصل از مرور اسناد و برنامه‌های ملی، تجربه‌های بین‌المللی و تحلیل مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با سیاستگذاران، مدیران، ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت، در سه سطح سیاست‌گذاری، ارائه خدمت و دریافت خدمت جمع‌بندی شده و بر اساس آن گزینه‌های سیاستی عملی برای ارتقای دسترسی مؤثر به خدمات تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت ایران ارائه می‌شود.

• روش پژوهش

خلاصه سیاستی حاضر با استفاده از مرور اسناد سیاستی، برنامه‌های ملی تغذیه و تجارب موفق بین‌المللی و نیز تحلیل

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.66224/nsft.21.3.123]

محتوای مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با سیاست‌گذاران، مدیران، ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت تدوین شد. یافته‌ها با هدف شناسایی چالش‌ها و شکاف‌های دسترسی به خدمات تغذیه، در سه سطح سیاست‌گذاری، ارائه خدمت و دریافت خدمت استخراج و طبقه‌بندی شدند.

• یافته‌های کلیدی

یافته‌ها نشان داد که ارتقای دسترسی به خدمات تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت نیازمند شناسایی هم‌زمان شکاف‌های موجود و انتخاب راهکارهای اجرایی متناسب با ظرفیت نظام سلامت است. از این رو، نتایج در دو بخش «شکاف‌های شناسایی شده» و «گزینه‌های سیاستی پیشنهادی» ارائه می‌شود.

شکاف‌های شناسایی شده

مرور شواهد و تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد که چالش اصلی خدمات تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت، صرفاً نبود خدمت نیست؛ بلکه فاصله میان استقرار خدمت در شبکه مراقبت‌های اولیه و دسترسی مؤثر، مستمر و باکیفیت مردم به این خدمت است. مهم‌ترین شکاف‌های شناسایی‌شده در چهار محور زیر قابل جمع‌بندی است (شکل ۱):

۱. شکاف در ظرفیت سازمانی و نظام ارائه خدمت: کمبود و توزیع نامتوازن نیروی انسانی تغذیه، دو مرکز بودن برخی کارشناسان و حجم بالای برنامه‌های محوله، کیفیت و زمان مشاوره را کاهش داده است. در برخی مناطق، نسبت جمعیت تحت پوشش به کارشناس تغذیه بسیار بالا گزارش شده و این وضعیت امکان ارائه مشاوره فردمحور، پیگیری منظم و پاسخ‌گویی به نیازهای متنوع گروههای جمعیتی را محدود کرده است. ضعف نظام ارجاع از مراقب سلامت به کارشناس تغذیه و نبود سازوکار منظم برای پیگیری ارجاعات نیز باعث می‌شود بخشی از افراد نیازمند، حتی پس از شناسایی، به خدمت مؤثر متصل نشوند.

۲. شکاف در پایش، ارزیابی و پاسخ‌گویی عملکرد: اگرچه سامانه سیب بستر مهمی برای ثبت خدمات سلامت است، اما شاخص‌های موجود برای سنجش دسترسی، کیفیت و اثربخشی خدمات تغذیه کافی نیستند. در نتیجه، مدیران محلی و ملی تصویر دقیقی از میزان ارجاع، تکمیل ارجاع، کیفیت مشاوره، تداوم پیگیری و پیامدهای خدمت ندارند. نبود داشبوردهای مدیریتی و شاخص‌های عملکردی مشخص، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را دشوار کرده و پاسخ‌گویی نظام ارائه خدمت را کاهش می‌دهد.

۳. شکاف در آگاهی، مقبولیت و اعتماد عمومی: بخشی از مردم از وجود خدمات رایگان یا کم‌هزینه تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت آگاهی کافی ندارند. در عین حال، برخی خدمت‌گیرندگان خدمات تغذیه را خدمتی غیرضروری، لوکس یا کم‌اثر تلقی می‌کنند و در مواردی، اعتماد بیشتری به توصیه‌های بخش خصوصی، فضای مجازی یا منابع غیررسمی دارند. بی‌اعتمادی نسبت به توصیه‌های دولتی، مکمل‌ها و برنامه‌های حمایتی نیز می‌تواند پذیرش و تداوم استفاده از خدمات تغذیه را کاهش دهد.

۴. شکاف در دسترسی عادلانه و امکان عمل به توصیه‌ها: موانع اقتصادی و اجتماعی، به‌ویژه تورم و کاهش قدرت خرید خانوار، اجرای توصیه‌های تغذیه‌ای را برای بخشی از مردم دشوار کرده است. بنابراین حتی در صورت دریافت مشاوره، امکان عمل به توصیه‌ها برای گروههای کم‌درآمد محدود است. علاوه بر این، تفاوت در دسترسی مناطق شهری، روستایی و کم‌برخوردار، ساعات کاری نامتناسب مراکز با شرایط برخی گروهها مانند مردان شاغل و کمبود امکانات فیزیکی و تجهیزاتی مانند اتاق مناسب مشاوره، ابزارهای ارزیابی تغذیه‌ای و امکانات ارتباطی، دسترسی عادلانه و باکیفیت را محدود می‌کند.

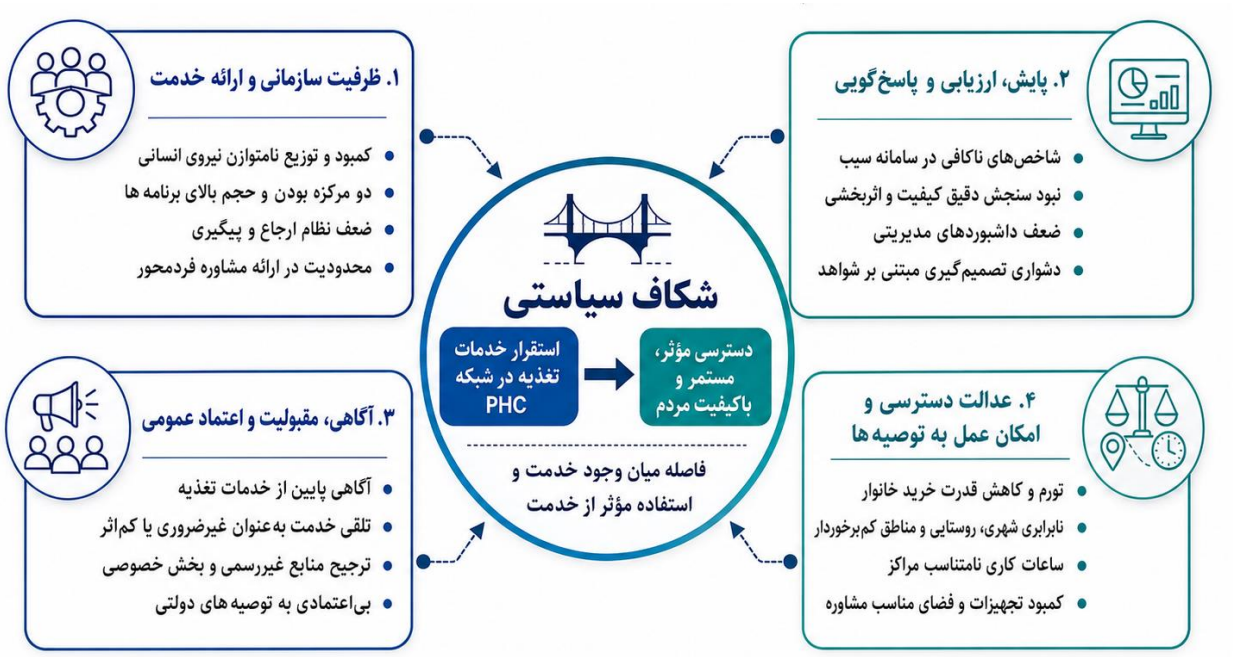
گزینه‌های سیاستی پیشنهادی

بر اساس شکاف‌های شناسایی‌شده، چهار گزینه سیاستی برای ارتقای دسترسی مؤثر به خدمات تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت پیشنهاد می‌شود. این گزینه‌ها از نظر زمان‌بندی، میزان نیاز به منابع، قابلیت اجرا و دامنه اثرگذاری متفاوت‌اند؛ بنابراین تصمیم‌گیرندگان می‌توانند بر اساس ظرفیت اجرایی و منابع در دسترس، ترکیبی از اقدامات کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت را انتخاب کنند (جدول ۱).

گزینه‌های پیشنهادی ارائه شده در جدول یک مکمل یکدیگرند. بازطراحی نظام ارجاع و پایش، اقدام کوتاه‌مدت و زیربنایی است؛ تقویت نیروی انسانی و ارتقای کیفیت خدمات، اثر مستقیم‌تری بر دسترسی و رضایت خدمت‌گیرندگان دارد؛ و تقویت عدالت دسترسی، برای تبدیل توصیه‌های تغذیه‌ای به رفتار قابل اجرا در زندگی روزمره مردم ضروری است.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.66224/nsft.21.3.123]



شکل ۱. شکاف‌های کلیدی در دسترسی موثر به خدمات تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت

جدول ۱. گزینه‌های سیاستی برای ارتقای دسترسی مؤثر به خدمات تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت

زمان‌بندی	گزینه سیاستی	اقدامات کلیدی پیشنهادی	نقاط قوت راهکار	محدودیت‌ها و ملاحظات اجرا
کوتاه‌مدت، ۶ تا ۱۲ ماه	بازطراحی نظام ارجاع، پیگیری و پایش خدمات تغذیه	تعریف مسیر روشن ارجاع از مراقب سلامت به کارشناس تغذیه؛ ثبت علت ارجاع، نتیجه مراجعه و پیگیری در سامانه سیب؛ تعریف شاخص‌هایی مانند درصد ارجاع تکمیل‌شده، زمان انتظار، تعداد پیگیری‌ها و وضعیت تداوم مراقبت	نسبتاً کم‌هزینه و قابل اجرا در کوتاه‌مدت؛ استفاده از ظرفیت موجود سامانه سیب؛ افزایش پاسخ‌گویی مراکز؛ فراهم‌کردن داده برای تصمیم‌گیری مدیریتی	نیازمند اصلاحات نرم‌افزاری و آموزش کاربران؛ احتمال افزایش بار ثبت اطلاعات برای کارکنان؛ اثربخشی آن وابسته به پذیرش و استفاده فعال مراقبان سلامت و کارشناسان تغذیه است.
میان‌مدت، ۱ تا ۲ سال	تقویت و تثبیت نیروی انسانی تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت	تعیین حداقل نسبت کارشناس تغذیه به جمعیت تحت پوشش؛ کاهش دو مرکز بودن کارشناسان؛ اولویت‌دهی به مناطق محروم و پرجمعیت؛ ایجاد مشوق‌های ماندگاری برای کارشناسان تغذیه	اثر مستقیم بر افزایش دسترسی، زمان مشاوره و کیفیت مراقبت؛ کاهش فشار کاری؛ امکان پیگیری بهتر خدمت‌گیرندگان؛ تقویت عدالت در مناطق کم‌برخوردار	نیازمند منابع مالی پایدار و ردیف استخدامی یا قراردادی مشخص؛ ممکن است در شرایط محدودیت بودجه با مقاومت مواجه شود؛ اثرگذاری آن تدریجی است و به توزیع عادلانه نیرو بستگی دارد.
میان‌مدت، ۱ تا ۲ سال	ارتقای کیفیت و مقبولیت خدمات تغذیه	استانداردسازی فضای مشاوره؛ تأمین تجهیزات ضروری مانند ابزارهای ارزیابی تغذیه‌ای، امکانات ارتباطی و فضای مناسب؛ آموزش مهارت‌های ارتباطی و مشاوره‌ای؛ تدوین راهنماهای ساده برای گروههای پرخطر؛ سنجش رضایت خدمت‌گیرندگان	افزایش اعتماد و رضایت مردم؛ بهبود کیفیت مشاوره؛ افزایش احتمال بازگشت و تداوم استفاده از خدمت؛ کمک به تمایز خدمات علمی مراکز از توصیه‌های غیررسمی و فضای مجازی	نیازمند بودجه تجهیزاتی و برنامه آموزشی مستمر؛ بدون کاهش فشار کاری کارشناسان ممکن است کیفیت مشاوره همچنان محدود بماند؛ سنجش کیفیت خدمت نیازمند شاخص‌های مشخص و پایش منظم است
بلندمدت، ۲ تا ۳ سال	تقویت عدالت دسترسی و امکان عمل به توصیه‌های تغذیه‌ای	اطلاع‌رسانی عمومی درباره خدمات تغذیه در مراکز سلامت؛ طراحی پیام‌های هدفمند برای گروههای کم‌برخوردار؛ پیوند توصیه‌های تغذیه‌ای با حمایت‌های اجتماعی؛ همکاری با آموزش و پرورش، رسانه‌ها، شهرداری‌ها و سازمان‌های حمایتی	پرداختن به موانع بیرون از نظام سلامت؛ افزایش آگاهی و تقاضای آگاهانه برای خدمات؛ کمک به اجرای توصیه‌ها در خانوارهای کم‌درآمد؛ اثر بالقوه بر کاهش نابرابری‌های سلامت	نیازمند همکاری بین‌بخشی و هماهنگی فراتر از وزارت بهداشت؛ اثرات آن دیرتر ظاهر می‌شود؛ در شرایط تورم و کاهش قدرت خرید، توصیه‌های تغذیه‌ای بدون حمایت اقتصادی ممکن است برای بخشی از خانوارها قابل اجرا نباشد.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.66224/nsft.21.3.123]

پیام کلیدی برای سیاست‌گذاران

ادغام خدمات تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت، ظرفیت مهمی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، بهبود وضعیت تغذیه جامعه و کاهش نابرابری‌های سلامت در ایران ایجاد کرده است. با این حال، این ظرفیت تا زمانی که به دسترسی مؤثر، مستمر، باکیفیت و مورد اعتماد مردم تبدیل نشود، اثرگذاری مورد انتظار را نخواهد داشت. تقویت و تثبیت نیروی انسانی تغذیه، بازطراحی نظام ارجاع و پیگیری، ارتقای کیفیت مشاوره، بهبود پایش عملکرد، اطلاع‌رسانی عمومی و توجه به توان اقتصادی خانوارها، پیش‌نیازهای اصلی استفاده مؤثر از این خدمات هستند. سرمایه‌گذاری در خدمات تغذیه در سطح مراقبت‌های اولیه، در مقایسه با هزینه‌های درمان بیماری‌های مرتبط با تغذیه، مداخله‌ای پیشگیرانه و مقرون‌به‌صرفه است و می‌تواند به ارتقای سلامت نسل آینده، کاهش هزینه‌های درمان و تقویت عدالت در سلامت کمک کند.

سپاسگزاری: خلاصه سیاستی حاضر بخشی از پایان‌نامه خانم فاطمه شفیعی، دانشجوی مقطع دکترای سیاست‌های غذا و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است که طرح آن با کد اخلاق IR.SBMU.NNFTRI.REC.1403.039 در شورای پژوهشی انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور به تصویب رسیده است. همچنین مراتب سپاس خود را از کلیه متخصصان و خبرگانی که در جمع‌آوری داده‌های این طرح ما را یاری نمودند، ابراز می‌داریم.

• References

1. Shams L, Hosseini_Shokouh SM, Meskarpour_Amiri M, Nasiri T. Primary Health Care: A Historical Review in Iran and the World. 2. 2022;2(4):484–94.
2. Lankarani KB, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. Med J Islam Repub Iran. 2013;27(1):42–9.
3. Abdollahi Z TP SF MM, Novbakht haghighi F,Zareei M,Fallah H,Mashloul M. A comprehensive package of nutrition services in the health transformation program, especially health care, midwife, nutritionist and physician. 2021

.

4. Jahanmehr N, Rashidian A, Khosravi A, Farzadfar F, Shariati M, Majdzadeh R, et al. A conceptual framework for evaluation of public health and primary care system performance in iran. Glob J Health Sci. 2015;7(4):341–57.
5. Abbasi M, Eskandari N, Raisi M. Iranian Health Reform Advantages in Health Care System: A Qualitative Study. Ann Mil Health Sci Res. 2018;16(1):e79869.
6. Ghasemyani S, Raoofi S, Hamidi H, Khodayari-Zarnaq R. Iran's Health Transformation Plan; Main Issues and Opportunities for Improvement: A Systematic Review. Iran J Public Health. 2022;51(9):1977–89.
7. Mohammad Peikanpour, Sajjad Esmaeli, Nazila Yousefi, Ahmad Aryaeinezhad, Hamidreza Rasekh. A review of achievements and challenges of Iran’s health transformation plan. Payesh (Health Monitor) Journal. 2018;17(5):481–94.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.66224/nsft.21.3.123]

Policy Brief

Improving Effective Access to Nutrition Services in Comprehensive Health Service Centers in Iran: Implementation Gaps and Policy Options

Shafiei F[1], Mohamadi E[2], Haghighian-Roudsari A[3], Farid Zayeri[4]*

1. PhD candidate in food and nutrition policies, Faculty of Nutrition science and Food Technology, National Nutrition and Food Technology Research Institute (NNFTRI), Shahid Beheshti University of Medical Sciences (SBMU), Tehran, Iran.

2. Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Science (TUMS), Tehran, Iran.

*3. *Corresponding author: Department of Community Nutrition, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, National Nutrition and Food Technology Research Institute (NNFTRI), Shahid Beheshti University of Medical Sciences (SBMU), Tehran, Iran.*

4. Department of Biostatistics, Faculty of Allied Medical Sciences Proteomics Research Centre, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received 3 Jun, 2026 **Accepted 22 Jul, 2026**

Background and Objectives: Nutrition services have been integrated into Iran's primary health care system over the past decade; however, the increasing burden of noncommunicable diseases and the persistence of nutritional problems indicate that simply establishing these services has not necessarily translated into effective, continuous, high- quality and trusted access to nutrition services by the population. This policy brief aimed to identify key access gaps in nutrition services at comprehensive health service centers and propose feasible policy options to improve their effective use.

Methods: This policy brief was developed through a review of documents, national nutrition programs, and international experiences, complemented by content analysis of semi-structured interviews with policymakers, managers, nutrition experts, and service users. The evidence was synthesized across three levels: policymaking, service delivery, and service use.

Results: Key gaps included insufficient and unevenly distributed nutrition workforce, weak referral and follow-up systems, inadequate performance monitoring, limited counselling facilities and equipment, low public awareness and trust, economic barriers to implementing nutrition advice, and inequities across population groups and geographic areas. Four policy options were proposed: redesigning referral and monitoring systems, strengthening the nutrition workforce, improving service quality and acceptability, and promoting equitable access and feasibility of following nutrition recommendations.

Conclusion: Realizing the full potential of nutrition services in Iran's comprehensive health service centers requires implementation of the policy options suggested in the findings of this policy brief. Investment in nutrition services at the primary health care level can be a preventive and cost-effective intervention to reduce treatment costs and promote health equity.

Keywords: Effective access, Nutrition services, Primary health care, Comprehensive health service centers, Health policy, Iran.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.66224/nsft.21.3.123]