Приложение 1

[Утвержден](vfp://rgn=123258)

постановлением Правительства

Республики Таджикистан

от 31 декабря 2014 года, № 808

**СТРАТЕГИЯ ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН НА 2015-2024 годы**

**1. ВВЕДЕНИЕ**

1. Недостаточное питание (как недостаток, так и избыточный вес) является одной из наиболее серьезных глобальных проблем здоровья, при этом к ним уделяется крайне мало внимания. А экономический ущерб, ущерб для здоровья и потеря жизней людей огромны и чаще всего затрагивают бедные семьи, женщин и детей. Недостаточное питание в сочетании с повторяющимися инфекционными заболеваниями ежегодно становятся причиной около 3,5 миллионов смертей матерей и детей. Кроме того, оно влечет за собой огромные экономические и человеческие потери для роста нации.

2. Наиболее распространенными видами дефицита микроэлементов являются: анемия - главным образом, связанная с дефицитом железаувеличивает риск рождения младенцев с низкой массой тела, подрывает физическое развитие и является причиной 19% смертельных случаев при родах. Йод дефицитные заболевания (далее "ЙДЗ") - наиболее распространенные в мире и легко предотвратимые заболевания, вызывающие повреждение головного мозга у детей. Дефицит витамина А - снижает защитные реакции организма против инфекций, во всем мире от него страдают 190 миллионов детей дошкольного возраста. Дефицит цинка, ослабляющий иммунную систему и связанный с гибелью 430 000 детей в год (электронная библиотека Всемирной организации здравоохранения (далее "ВОЗ") по доказательствам для действий в области питания).

3. Кроме того, развивающиеся страны сталкиваются с новым бременем, связанным с ростом числа неинфекционных заболеваний (далее "НИЗ"), одной из главных причин которых является нездоровое и несбалансированное питание. Это также является основной причиной смертности во всем мире - больше, чем все другие причины, вместе взятые.

4. Избыточная масса тела и ожирение также являются важными факторами риска для здоровья в странах с низким и средним уровнем доходов. В настоящее время в Европейском регионе ВОЗ от 30 до 60% взрослых и 20% детей имеют избыточную массу тела и страдают ожирением. Распространенность ожирения будет расти и далее, причем наиболее быстрый рост наблюдается среди неимущих и неблагополучных слоев населения. Избыточная масса тела и ожирение накладывают немалое бремя и на здоровье людей, и на систему здравоохранения.

5. Здоровое питание начинается с грудного вскармливания (далее "ГВ") и соответствующего своевременного введения питательного прикорма. ГВ повсеместно признано идеальным методом кормления в раннем возрасте, и хотя его механизмы до сих пор полностью не объяснены, оно ассоциирует со снижением риска ожирения, недостаточного питания и заражения инфекционными болезнями в детском возрасте.

6. Обеспечение безопасными и питательными пищевыми продуктами является важнейшей предпосылкой хорошего здоровья. Совместная Всемирная декларация ФАО/ВОЗ в области питания 1992 г. гласит, что " ....доступ к адекватным в пищевом отношении и безопасным пищевым продуктам является одним из основных прав человека".

7. Нарушение статуса питания способствует увеличению материнской смертности. Ненадлежащее питание матерей и детей приводит во всем мире к гибели 3,5 миллионов людей в год и является причиной 35% всего бремени болезней у детей младше 5 лет. Нарушение питания детей и взрослых может приводить к негативным последствиям для их здоровья и образования, а также для человеческого потенциала и развития страны.

**2. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ (глоссарий)**

8. В данной Стратегии используются следующие основные понятия:

- биологическая ценность - показатель качества пищевого белка, отражающий степень соответствия его аминокислотного состава потребностям организма в аминокислотах для синтеза белка;

- детерминанты здоровья - комплекс индивидуальных, социальных, экономических и экологических факторов, определяющих состояние здоровья отдельных людей и континентов, либо групп населения;

- здравоохранение - это система общественных и государственных социально-экономических и медицинских мероприятий, обеспечивающих высокий уровень охраны и улучшение здоровья населения;

- здоровый образ жизни - типичные для данной общественно-экономической формации виды, типы, способы жизнедеятельности человека, укрепляющие адаптивные возможности его организма, способствующие полноценному выполнению им социальных функций и достижению активного долголетия;

- качество продукции - совокупность характеристик, которые обуславливают потребительские свойства пищевых продукций и обеспечивают ее безопасность для человека;

- обращение пищевых продуктов - деятельность, связанная с разработкой, производством, переработкой, закупкой, поставкой, хранением, ввозом на территорию страны, транспортировкой, реализацией, использованием, утилизацией и уничтожением пищевой продукции;

- общественное здравоохранение - это наука и практика предотвращения болезней, продолжения жизни и обеспечения здоровья с помощью организованных усилий общества;

- первичная медико-санитарная помощь (далее "ПМСП") - является основным звеном системы здравоохранения любой страны, главной службой оказания медико-санитарной помощи, построенной по принципу "от периферии к центру". ПМСП является неотъемлемой составной частью социального и экономического развития той или иной страны;

- пищевые продукты - продукты в натуральном или переработанном (консервированном) видах, употребляемые человеком в пищу, в том числе продукты детского питания, продукты диетического питания, бутилированная питьевая вода, алкогольная продукция, пиво, безалкогольные напитки, жевательная резинка, а также продовольственное сырье, пищевые добавки и биологически активные добавки;

- пищевая ценность - комплекс свойств пищевых продуктов, обеспечивающих физиологические потребности человека в энергии и основных пищевых веществах;

- продукты детского питания - пищевые продукты, предназначенные для питания детей в возрасте до 14 лет и отвечающие физиологическим потребностям детского организма;

- профилактика болезней - мероприятия, направленные не только на предупреждение заболеваний, такие как иммунизация, борьба с переносчиками болезней или компания по борьбе с курением, но и на задержание их развития;

- реализация - продажа, поставка, передача пищевой продукции на определенных условиях;

- формирование здорового образа жизни - комплексная проблема, требующая комплексного подхода к исследованию образа жизни населения, а также внимания медицинских работников, педагогов, психологов, и зависящая от специфики макросоциального окружения человека, его трудовой, социальной и профилактической активности.

**3. АНАЛИЗ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННЫЙ С ПИТАНИЕМ В РЕСПУБЛИКЕ**

9. Продовольственная безопасность. Нарушение питания (как и в большинстве, других странах) в Таджикистане обусловлены факторами питания и болезнями пищевого происхождения, представляющие по-прежнему серьезную проблему общественного здравоохранения. В прошлом Таджикистан пережил экономические и политические неурядицы, которые отрицательно повлияли на экономическое и социальное развитие страны. Распад Союза в 90-х годах прошлого столетия и последовавший за нею глубокий экономический кризис привели к обнищанию население и широкомасштабную внутреннюю и внешнюю миграцию. Согласно последним данным Агентство статистики при Президенте Республики Таджикистан (далее "АС ПРТ") за 2013 г., численность населения Таджикистана составляет 8 миллионов человек, из которых 3,9 миллионов женщин (из них более 2,1 млн. женщин детородного возраста).

10. Начиная с 90-х годов прошлого столетия, среди населения стран СНГ, включая Таджикистан, стали отмечаться серьезные проблемы, связанные с питанием. В стране отмечалось относительное снижение уровня бедности , с 83% в 1999 г. до 38% в 2012 г., но в тоже время масштабы бедности в стране остаются значительными, и немалое количество людей страдают от различных болезней, связанных с питанием. Общая ситуация в отношении продовольственной безопасности в Таджикистане, в областях высокого риска, показало 24% домашних хозяйств, классифицированных как недостаточно обеспеченных продовольствием, из числа участвовавших в опросе по системе мониторинга продовольственной безопасности в 2011 г.

11. Таджикистан занимает 112-е место по индексу человеческого развития и 65-е место по индексу гендерного неравенства. В 2008 г. индексу гендерного неравенства страны равнялся 0,506 ((SIGI) Social Institution and Gender Index, 2008), что указывает на определенное состояние рынка труда, репродуктивного здоровья и равных возможностей для мужчин и женщин. Индекс гендерного неравенства отражает потенциальное снижение уровня человеческого развития в отношении вышеупомянутых показателей.

12. Грудное вскармливание и дополнительное питание детей. По данным Национального исследования статуса микронутриентов (далее "НИСМ") 2009, практически все дети грудного возраста (98%) кормились грудью на протяжении как минимум четырех месяцев. Однако из 85% детей, которые кормились исключительно грудью на протяжении первых трех месяцев жизни, лишь 65% продолжало исключительно грудное вскармливание на протяжении первых пяти месяцев. Это означает, что значительная часть матерей прекращает грудное вскармливание, когда ребенку исполняется 5-6 месяцев. В соотвествии медико-демографическим исследованиям (2012) в республике 34% детей до 6 месяцев потребляют только грудное молоко, а 33,3% - дополнительное питание.

13. Прекращение грудного вскармливания по сообщению матерей, которые помнили об этом, было постепенное: 31% матерей прекратили кормление грудью на протяжении первых шести месяцев, и 69% к 12 месячному возрасту ребенка. В целом, в сельской местности женщины чаще продолжают грудное вскармливание до 12-23 месяцев. Гендерные различия в ГВ наблюдаются только в отношении его продолжительности - мальчиков кормят грудью дольше, чем девочек, до 23 месяцев (41% и 27%, соответственно). С 2008 г. по настоящее время 30 из 70 родильных домов в стране были сертифицированы как больницы доброжелательного отношения к ребенку.

14. ВОЗ и Детский фонд Организации Объединенных Наций (далее "ЮНИСЕФ") рекомендуют исключительно грудное молоко до 6 месяцев и введение дополнительного питания, применяя приготовленные полужидкие продукты питания, с соответствующими питательными веществами, начиная с 6 месяцев жизни ребенка, и при этом продолжать грудное вскармливание до 24 месяцев с улучшенным балансом продуктов питания.

15. Питание детей до- и школьного возрастов и женщин. Анализ данных показывают, что некоторые дети не получают достаточного количества питательных микроэлементов, а точнее йода, железа, витаминов А, Д и цинка; сохраняется проблема недостаточного питания, задержка роста является его самым заметным проявлением.

16. Согласно результатам НИСМ за 2009 г., дети чаще всего питались следующими категориями продуктов: "пшеница, хлеб, рис, макаронные изделия, печенье (96,7%)", "картофель или другие корнеплоды или клубни" (92,8%), и "другие овощи и фрукты" (87,4%). Только 4 из 10 детей потребляли такие продукты, как бобовые ("фасоль, горох, чечевица, орехи") (42,6%) и яйца (36,9%). Что касается напитков, то большая часть детей употребляли чёрный или зелёный чай (94,0%) и "сладкую воду или фруктовые соки" (77,9%).

17. Изучение структуры питания (Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, 2009) детей школьного возраста выявило значительное снижение уровня белков животного происхождения, ряда витаминов (С, фолиевой кислоты и др.) и минеральных веществ (кальция, железа и др.) в их рационе. Установлено увеличение доли энергии за счет моно- и дисахаридов от общего количества энергии рациона, что может рассматриваться как один из факторов, способствующих развитию кариеса зубов у школьников республики.

18. Особенности питания населения. По данным НИСМ (2009) женщины с недостаточной массой тела потребляли меньше мяса и молочных продуктов (6-7%), чем женщины с нормальной массой тела (около 66%). Более того, всего лишь 27% женщин детородного возраста, которые приняли участие в исследовании, употребляли мясо и мясные продукты. Питание обследованных женщин характеризовалось исключительным однообразием и малым набором пищевых продуктов.

19. Низкое потребление животного белка, кальция, железа и др. стало более характерным для населения и связано, в первую очередь с резким снижением в их рационах количества мясных и молочных продуктов.

20. Согласно результатам Системы мониторинга продовольственной безопасности (далее "СМПБ"), проведенной с компонентом питания в 2011 г., дети, не получавшие исключительно грудное вскармливание (в возрасте до 6 месяцев), получали молоко животных, простую или сладкую воду, чай, хлеб или картофель. Только для 40% детей 6-8 месячного возраста, полностью отнятых от грудного вскармливания получали рекомендуемую полутвердую пищу в виде дополнительного вскармливания.

21. Таким образом, дети ежедневно потребляют пшеницу или картофель, масло и сахар, недостаточно потребляют овощей и продуктов животного происхождения, что нельзя назвать здоровым, т.е. не может удовлетворять их потребности в энергии и пищевых веществах (белках животного происхождения, минералах и витаминах).

22. Нарушение питания, за последние годы, способствовало росту алиментарно-зависимых заболеваний среди населения Республики Таджикистан.

**4. БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ, СВЯЗАННОЕ С ПИТАНИЕМ**

23. Недостаточное питание. В Таджикистане примерно каждый третий ребенок до пятилетнего возраста имеет низкорослость (низкий рост по отношению к возрасту), или подвержен хронической недостаточности питания и каждый десятый ребенок имеет недостаточную массу тела (низкий вес по отношению к возрасту) или страдает от острой недостаточности питания.

24. Согласно данным медико-биологического исследования (2012) более 26% детей до 5 лет страдают острой недостаточности питания (гипотрофии) и 10% - хронической (из них 4% страдают тяжелой формой).

25. Случаи острого недоедания до сих пор регистрируются в Таджикистане, в районах с недостаточной продовольственной безопасностью, отсутствием доступа к безопасной питьевой воде, распространенностью болезней пищевого происхождения. Кроме того, среди населения регистрируются высокие уровни распространенности таких НИЗ как: гипертония и ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, анемия, зоб, кариес зубов, ожирение и др.

26. Еще хуже дело обстоит у домашних хозяйств, которые не выращивают продовольствие, не получают денежных переводов из-за границы и находятся в отдаленных районах. Основными угрозами для продовольственной безопасности таких домохозяйств являются низкое качество жизни, нехватка питьевой воды и высокая стоимость основных продуктов питания.

27. Избыточная масса тела и ожирение у женщин и детей. В Таджикистане распространены избыточная масса тела и ожирение, что являются одним из главных факторов риска сахарного диабета, сердечнососудистых заболеваний и опухолей. Установлено, что более 7% женщин детородного возраста в стране страдают ожирением (наибольшая ее частота распространенности отмечается в г.Душанбе), а от 23 до 42% имеют лишний вес (Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, 2009-2012 гг.). Установлена статистически значимая корреляция между возрастом матерей и их индекс массы тела (далее "ИМТ").

28. Частота распространённости ожирения среди детей (Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, 2009 гг.) школьного возраста (6-17 лет) в Республике Таджикистан составляет 4,7%. Наибольшая частота распространённости ожирения отмечается у детей в возрасте 6-7 лет, что возможно связано с морфо функциональными особенностями их организма.

29. Распространенность железодефицитной анемии. Беременным женщинам и детям раннего возраста угрожает повышенный риск железо дефицитной анемии (далее "ЖДА"). У женщин репродуктивного возраста ЖДА может приводить к таким проблемам, как недостаточная масса тела у детей при рождении и преждевременные роды, а также угроза жизни женщин (материнская смертность). Дефицит железа оказывает негативное влияние на рост, физическое и интеллектуальное развитие ребенка.

30. По данным НИСМ (2009) распространённости ЖДА среди детей 6-59 месяцев составляет 28,7% (в 2003 г - 37,7%) и женщин детородного возраста - 24,2% (в 2003 г - 41,2%).

31. Этот показатель (Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, 2012) для детей школьного возраста (7-10 лет) в Республике Таджикистан составляет 45,8%, что на 4,2% ниже, по сравнению с данными 1994-1997 годов. Наибольшая частота распространенности ЖДА (61%) выявлена среди школьников Хатлонской области, а наименьшая (28%) - среди детей школьного возраста города Душанбе. В развитии ЖДА среди школьников республики предпочтение дается алиментарному фактору.

32. Несмотря на явную тенденцию к снижению распространенности ЖДА среди населения Таджикистана, меры профилактики не теряют своего критического значения, поскольку эта проблема для здоровья населения по-прежнему остается актуальной.

33. Йод дефицитные заболевания. Заболевания, обусловленные йод дефицитом, хорошо известны, распространены во всем мире - и зачастую игнорируются. Йод дефицит у детей ведет к замедлению умственного развития, из которого может постепенно развиться полная задержка умственного развития, то есть кретинизм, а также снижение сопротивляемости организма к различным инфекциям.

34. В 2002 году был принят Закон Республики Таджикистан "О йодировании соли". В стране проводились кампании по информированию широкой общественности, в которых принимали участие НПО и средства массовой информации. В республике применяется наиболее доступный, и рациональный метод йодирования соли, однако показатели потребления йодированной соли можно улучшать и далее, особенно среди некоторых групп населения.

35. Результаты исследования за 2009-2013 гг. показывают, что лишь 59% населения страны употребляли в пищу качественно йодированную соль. В то же время, уровень осведомленности о важности йодированной соли составлял около 80%, тогда как в 2005 г. он был равен лишь 47%.

36. Распространенности ЙДЗ на основании лабораторных анализов мочи женщин детородного возраста составил 58,6% (в 2003 - 57%), у детей до 5 лет - 52,9% (2003 - 63,8%), что свидетельствует о существующих проблем. Однако, тяжёлые формы ЖДА у женщин (от 35,2% до 14,1%) и у детей (от 40% до 9,5%) имели тенденцию к уменьшению.

37. Частота распространённости ЙДЗ среди детей (Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, 2012 г.) школьного возраста (10 и 15 лет) в Республике Таджикистан составляет 56%. Этот показатель для аналогичных детей в 1997 годах составлял 58%, т.е. на 2% ниже по сравнению с 2012 годом. Несмотря на тенденцию снижения частоты распространенности эндемического зоба и ЖДА среди школьников в Республике Таджикистан, рассматриваемая проблема продолжает оставаться актуальной.

38. Недостаточность витамина А. По результатам проведённого исследования МЗСЗН РТ в отношении недостаточности витамина А, у 52% детей в возрасте от 6 до 59 месяцев имеются различные формы недостаточности витамина А. По данным этого исследования, реже всего добавки с витамином А в течение восьминедельного послеродового периода обычно получают матери, которые проживают в сельской местности, имеют лишь начальное образование и представляют беднейшие слои населения по доходам. Вышеназванным исследованием установлено, что в течение 6 месяцев, предшествующих проведению обследования, девочки получали добавки с витамином А чаще, чем мальчики того же возраста. Несмотря на существование в стране стратегии по "Профилактике недостаточности витамина А среди населения Республики Таджикистан", требуются дополнительные меры по ее реализации.

39. Другие неинфекционные заболевания, связанные с питанием. По данным ВОЗ, на НИЗ приходится 86% всех смертей и 77% бремени заболеваний. НИЗ непрерывно повышают нагрузку на систему здравоохранения, замедляют экономическое развитие и ухудшают благосостояние населения.

40. Экономический кризис привел к ухудшению уровня жизни большей части населения и повлек за собой повышение распространенности НИЗ. Все это напрямую приводит к снижению доступности большинства пищевых продуктов и замене их на более дешевые низкокачественные продукты.

41. НИЗ оказывают негативное воздействие на производительность и качество труда и повышают расходы сектора здравоохранения , таким образом, издержки несут как домашние хозяйства, так и все государство в целом.

42. Анализ статистических данных по НИЗ за последние годы показал тенденцию увеличения частоты распространённости гипертонии и ишемической болезни сердца среди населения Республики Таджикистан.

43. По информации ВОЗ, в подавляющем большинстве стран Европейского региона потребление соли превышает рекомендованный ВОЗ (5 г/сутки) уровень, что делает его одной из основных причин сердечнососудистых заболеваний.

44. Заболеваемость (по обращаемости) на 100 тыс. населения в Республике Таджикистан

+--------------------------------------+-------+------+------+-------ї

| Показатели |2003 г |2008 г|2009 г|2012 г |

+--------------------------------------+-------+------+------+-------+

| 1. Сердечнососудистые заболевания |1073,8 |991,1 |1031,3|1209,2 |

+--------------------------------------+-------+------+------+-------+

| - гипертония |260,5 |308,5 |346,5 |448,6 |

+--------------------------------------+-------+------+------+-------+

| - ишемическая болезнь сердца |118,8 |139,1 |158,5 |200,5 |

+--------------------------------------+-------+------+------+-------+

| 2. Опухоли |35,2 |30,4 |36,6 | |

+--------------------------------------+-------+------+------+-------+

| - рак молочной железы |4,0 |3,9 |4,7 |4,5 |

+--------------------------------------+-------+------+------+-------+

| 3. Сахарный диабет |61,9 |49,7 |65,6 |60,5 |

+--------------------------------------+-------+------+------+-------+

45. В Таджикистане отсутствуют научно обоснованные данные, связанные с оценкой роли пищевых факторов риска в развитии гипертонии и ишемической болезни сердца (потребление соли, свободных сахаров, жирных кислот и др. в рационе больных). В связи с этим, разработка проектов научно-исследовательских работ и их реализация считается актуальной научно медицинской проблемой для страны.

**5. ЦЕЛЬ СТРАТЕГИИ**

46. Настоящая Стратегия является инструментом для поддержки преемственности, координации и является неотъемлемой частью национальной политики социально-экономического развития.

47. Стратегия разработана в соответствии со статей 17 Конституционного закона Республики Таджикистан "О Правительстве Республики Таджикистан" и Европейским новым планом действия ВОЗ по питанию и профилактики неинфекционных заболеваний в контексте "Здоровье - 2020".

48. "Стратегия питания и физической активности в Республике Таджикистан на 2015-2024 гг." обобщает долгосрочные цели страны в области питания и физической активности. Стратегия отражает мнения и перспективы центральных органов управления, местных исполнительных органов государственной власти, а также мнения государственных (в том числе и негосударственных) структур, деятельность которых связана с обеспечением питания, физической активностью и профилактикой НИЗ в Республике Таджикистан. Стратегия охватывает все слои населения, однако предпочтение дается на группы риска (детей и женщин) с упором на улучшение их питания, снижение уровня потребления соли и транс-жирных кислот населением. Особое внимание уделяется социальным детерминантам, такие как тендер, социально-экономический статус, этническая принадлежность, усиление организационно-кадрового потенциала и обучение ПМСП и др.

49. Таким образом, разработка обоснованных мероприятий на межсекторальном уровне для улучшения механизмов мониторинга и контроля над питанием и своевременное принятие мер по устранению существующих нарушений имеет исключительно важное медико-социальное и экономическое значение для страны.

50. Целью Стратегии является охрана здоровья населения республики посредством улучшения их питания и физической активности.

**6. ИНДИКАТОРЫ СТРАТЕГИИ**

51. Содействие грудному вскармливанию и своевременному введению надлежащего прикорма:

а) увеличение исключительно грудного вскармливания детей до 6 месяцев на 20%.

52. Существенное сокращение распространенности недостаточности питания, дефицита микроэлементов и ожирения, особенно у женщин и детей, и других алиментарно-зависимых неинфекционных заболеваний к 2024 году:

а) снижение уровня ЖДА среди женщин репродуктивного возраста до 30%;

б) снижение острого недоедания (низкого веса) на 30%;

в) уменьшение избыточной массы тела у детей и женщин;

г) снижение низкорослости среди детей на 20%.

53. Использование наиболее выгодного с экономической точки зрения вмешательства (на межсекторальном уровне) по продвижению здорового питания с помощью финансовых и маркетинговых механизмов:

а) постепенное искоренение из рациона питания населения транс-жиров;

б) снижение количества потребления соли до 5 гр. в сутки;

в) адаптирование правил регулирования реклам и сбыта детских пищевых продуктов.

54. Суточное потребление энергии за счет насыщенных жирных кислот и свободных сахаров менее 10%.

55. Потребление более 400 гр. фруктов и овощей в день населением.

56. Ускорение деятельности (на межсекторальном уровне) в области профилактики и контроля ожирения (особенно у детей) посредством реализации мер, предложенных в Европейской хартии по борьбе с ожирением:

а) организация и реализация системы наблюдения за пищевым статусом населения.

57. Укрепление системы мониторинга фактического питания и пищевого статуса, а также эпиднадзора за НИЗ с акцентом на наиболее уязвимые группы населения:

а) проведение периодических исследований на национальном уровне.

58. Реализация Стратегии в области питания гарантирует всеобщий доступ к пище, социальную справедливость и гендерное равенство в отношении питания населения Таджикистан.

**7. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПОДХОДЫ СТРАТЕГИИ**

59. Данная стратегия состоит из следующих основных принципов:

- права человека: права на пищу;

- алиментарно-зависимые неинфекционные заболевания, недостаточность питания и дефициты микронутриентов являются препятствием для социального и экономического развития;

- всеобщий доступ, социальная справедливость и гендерное равенство;

- подход, охватывающий все этапы жизни;

- научно-обоснованные стратегии;

- расширение прав и возможностей граждан и сообществ.

**8. ПРИОРИТЕТНЫЕ МЕРЫ ВМЕЩАТЕЛЬСТВА СТРАТЕГИИ**

60. Усиление нормативно-законодательной и методической базы. На межсекторальном уровне (с ведущими специалистами министерств и ведомств) осуществляется работа по внесению изменений и дополнений к действующим законам Республики Таджикистан, относящимся к вопросам питания, повышения уровня физической активности и профилактики НИЗ. Разрабатываются и утверждаются руководства и рекомендации, касающиеся вопросов питания, физической активности и профилактики НИЗ.

61. Развитие науки и кадрового потенциала. На межсекторальном уровне разрабатываются проекты НИР по вопросам питания, физической активности и профилактике НИЗ, осуществляется их реализация. Совместно с ведущими специалистами соответствующих государственных секторов осуществляется подготовка кадров по вопросам питания.

62. Стратегия в конечном итоге - повысить уровень предоставления услуг по профилактике, диагностике и лечению алиментарно-зависимых заболеваний (в первую очередь на уровне ПМСП).

63. Наряду с мерами по укреплению потенциала ответственных лиц, достаточное внимание уделяется на до- и последипломное обучение и повышение квалификации специалистов здравоохранения по вопросам прав человека и гендерным вопросам. Включаются программы обучения по вопросам питания, физической активности и профилактики НИЗ в учебных заведений.

64. Улучшение кормления младенцев и детей раннего возраста. Стратегия направлена на дальнейшее поощрение грудного вскармливания и правильной практики ведения дополнительного питания, которые не только создадут необходимые условия для физического и умственного развития, но и будут способствовать профилактике НИЗ. Для обеспечения участие мужчин в организации правильного питания и профилактики болезней, связанных с нарушением питания у беременных женщин и детей грудного возраста, а также ухода за ними в случае заболеваний планируется консультировать оба родителя по вопросам питания и физической активности.

65. Организация здорового питания детей до- и школьного возрастов. Организация здорового питания школьников на национальном уровне является одним из основных задач различных правительственных секторов. Международные организации также участвуют в улучшении питания, физической активности и профилактики НИЗ, определяющих генофонд нации (важный элемент для укрепления здоровья, развития человеческого капитала и благополучия). Программа школьного питания будет способствовать развитию до- и школьного питания.

66. Включение в школьную программу аспектов питания, повышение уровня активности и профилактики НИЗ является необходимым образовательным компонентом.

67. На межсекторальном уровне разрабатываются национальные руководства, рекомендации по питанию, физической активности и профилактике НИЗ. Также особое внимание уделяется "Нормам здорового питания, физической активности и правила личной гигиены для детей".

68. Планируется включение Республики Таджикистан в исследования ВОЗ по мониторингу за статусом питания детей.

69. В рамках подхода ВОЗ по использованию вмешательств с оптимальным соотношением затрат и эффективности осуществляется контроль маркетинга пищевых продуктов, предназначенных для детей, с особым акцентом на борьбу с неэтичной рекламой заменителей грудного молока, ликвидацией транс-жиров и уменьшением потребления соли.

70. Разработка комплекса инициатив по питанию и физической активности. В рамках межсекторальной деятельности разрабатываются информационные материалы на основе доказательной медицины для повышения уровня знаний населения по вопросам питания и физической активности.

71. Указанными структурами осуществляются реализации мероприятий по обеспечению населения качественно йодированной солью, оцениваются уровни потребления соли и транс-жиров.

72. В связи с важностью фактора повышения уровня активности населения в профилактике НИЗ на межсекторальном уровне предусматривается реализация ряда мероприятий, направленных на усиление нормативно правовой базы, подготовки кадров, разработки программ относительно развития физической культуры и спорта и их внедрение в учебные программы до- и школьных, вузов и др. структур.

73. Создается план информационного воздействия и связи в целях реализации Стратегии, которая позволит координировать деятельность различных средств информации и создается синергизм между ними в интересах пропаганды надлежащего питания и физической активности. Осуществляется анализ тезисов для информационного воздействия и санитарно-просветительских материалов на предмет отражения в них гендерных различий, особенно для основных групп риска (таких как беременные и кормящие женщины и девочки-подростки).

74. Укрепление межсекторального сотрудничества. Усиливаются механизмы межсекторального сотрудничества и коммуникации для своевременного реагирования и принятия эффективных мер по организации правильного питания, физической активности и профилактики НИЗ.

75. Контроль над реализацией Стратегии возлагается на "Межведомственный комитет" (далее "МВК"), который создается приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан из числа высококвалифицированных специалистов соответствующих министерств и ведомств (по согласованию). Представители международных организаций также могут входить в состав МВК.

76. Подготавливается база для разработки национальной политики для организации здорового питания населения Таджикистана.

77. Мониторинг и оценка. Мониторинг будет осуществляться на основе регулярного отслеживания отобранных индикаторов, основываться на международных стандартах и требованиях и предоставлять качественные, надежные и стандартизированные данные. Система надзора должна генерировать и отслеживать информации о питании, физической активности и о наиболее актуальных НИЗ у различных групп населения (в первую очередь детей и женщин, людей пожилого возраста, включая вопросы гендерных различий), определяя их бремя (включая экономия средств).

78. Оценка - позволит анализировать данные по индикаторам не только количественного, но и качественного характера, которые позволят сделать вывод и принять решение о повышении эффективности и результативности реализации намеченных мер.

79. Оценка эффективности реализации мероприятий будут осуществляться с поддержкой и использованием системы индикаторов ВОЗ по питанию и физической активности с намерением включать полученные данные в Систему надзора Европейского региона ВОЗ.

80. Будут определены индикаторы воздействия и отслеживания;

а) индикаторы воздействия (Стратегии) будут использоваться для определения специфических изменений, тенденций и проблем в области питания, физической активности и профилактики НИЗ. Например: распространенность острой и хронической форм недоедания среди детей в возрасте 6,59 месяцев, ЖДА, ЙДЗ, ожирений среди детей и женщин или среднесуточное потребление овощей и фруктов, сахара, соли, жирных кислот к рекомендованным ВОЗ уровням их потребления;

б) индикаторы отслеживания (программные или мероприятия) будут привязаны к конкретным срокам и действиям реализации мероприятий.

81. Планируется интегрировать данные в общую информационную систему статистики и внесется вклад в общий мониторинг состояния здоровья и укрепление межотраслевых связей.

82. Мониторинг реализации данной Стратегии возлогается на Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (ответственной организацией определен Республиканский центр по питанию). Большая часть данных (в особенности количественные индикаторы) будет представляться АС ПРТ, а также другими соответствующими министерствами и ведомствами по их сферам деятельности.

83. Результаты мониторинга и оценки реализации Стратегии систематически рассматривается на заседании МВК и представляться соответствующим министерствам и ведомствам.

84. Полученные данные в ходе мониторинга и оценки Стратегии будут представлять интерес для государственных структур и международных организаций, занимающихся вопросами питания населения республики. Полученные данные будут использованы для разработки "Политики в области организации здорового питания населения Республики Таджикистан".