



بِسْمِ اللَّهِ

جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

# دستور عمل اجرایی برنامه مشارکتی حمایتی بهبود وضع تغذیه کودکان

دفتر بهبود تغذیه جامعه  
معاون بهداشت  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شهریور ماه ۱۳۹۴

نام سند:	برنامه مشارکتی حمایتی بهبودوضع تغذیه کودکان
نگارش	دفتر بهبود تغذیه جامعه-وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
تاریخ صدور	شهریور ۹۴
نام کامل فایل	دستورالعمل اجرایی برنامه مشارکتی حمایتی بهبودوضع تغذیه کودکان
شرح سند	دستورالعمل اجرایی برنامه مشارکتی حمایتی بهبودوضع تغذیه کودکان
نویسنده/ مترجم	دفتر بهبود تغذیه جامعه-وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

## مقدمه:

سوء تغذیه یکی از مشکلات تغذیه ای شایع در کودکان زیر ۵ سال است. از پیامدهای نامطلوب سوء تغذیه کودکان می توان به اختلال در رشد و تکامل مغزی و جسمی، افزایش هزینه های درمانی و مراقبت های پزشکی، افت تحصیلی و تحمیل هزینه های سنگین به آموزش و پرورش کشور و از دست دادن روزهای کاری توسط والدین را نام برد که بار سنگین مالی بر اقتصاد جامعه هم در بخش دولتی و هم در بخش خصوصی وارد می سازد.

بر اساس آمار منتشره سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمان های بین المللی، در سال ۲۰۱۱ میلادی، ۲۶٪ کودکان زیر ۵ سال دچار کوتاه قدی تغذیه ای متوسط و شدید بوده اند که این رقم نسبت به سال ۱۹۹۰ به میزان ۳۵ درصد کاهش یافته است. همچنین ۱۶٪ کودکان زیر ۵ سال از کم وزنی متوسط و شدید رنج می برند. که در مقایسه با سال ۱۹۹۰، به میزان ۳۶٪ کاهش یافته است. در حال حاضر شیوع لاغری متوسط و شدید در کودکان جهان ۸٪ است که نسبت به سال ۱۹۹۰ به میزان ۱۱٪ کاهش داشته است. اگر چه روند کاهشی در سوء تغذیه کودکان جهان مشاهده می گردد ولی هنوز میلیونها کودک از کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری رنج برده و این مناطق نیازمند طراحی و اجرای مداخلات مناسب می باشند.

بطور خلاصه، چهار عامل اصلی در بروز سوء تغذیه کودکان نقش دارند که عبارتند از فقر، نبود مواد غذایی در محل، ناآگاهی های تغذیه ای و ابتلا به بیماریها. بنابراین برای بهبود وضع تغذیه کودکان باید در زمینه ۴ عامل اساسی شامل در آمد، دسترسی به غذا، فرهنگ و سواد تغذیه ای و دسترسی به خدمات بهداشتی و کنترل بیماریها راهکارهای مختلف بطور هماهنگ به مورد اجرا گذاشته شود. درآمد خانوار یکی از مهمترین عوامل موثر در انتخاب و خرید غذا است. از سوی دیگر وجود مواد غذایی در منطقه و دسترسی داشتن خانوار به مواد غذایی، آگاهی و دانش تغذیه ای خانوار بخصوص مادر که با توجه به باورها و عادات غذایی، مواد غذایی مورد نیاز را با در نظر گرفتن قیمت و بودجه ای که در دسترس دارد خریداری نموده و مطابق با سلیقه و آموخته هایش سفره خانواده را شکل می دهد، حائز اهمیت است. دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی برای پیشگیری و درمان به موقع بیماری به ویژه بیماریهای شایع کودکان (اسهال و عفونتهای تنفسی) و سالم سازی محیط برای جلوگیری از آلودگی های انگلی، حمایت تغذیه ای کودکان دچار سوء تغذیه در خانوارهای نیازمند، تقویت و توسعه برنامه های مکمل یاری، تقویت برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر و تغذیه تکمیلی، فقرزدایی و اشتغال زایی و جلب همکاری همه جانبه بخش های ذیربط از دیگر عوامل عمده بهبود وضع تغذیه کودکان به شمار می رود.

## بنابراین:

بهبود وضع تغذیه کودکان در گرو همکاری تنگاتنگ کلیه بخش های توسعه و رفاه اجتماعی از جمله: بهداشت، رفاه و تامین اجتماعی، آموزش و پرورش، جهاد کشاورزی، نهضت سواد آموزی، کمیته امداد امام، بهزیستی، رسانه های جمعی و ..... می باشد.

## وسعت مشکل سوء تغذیه پروتئین انرژی در کشور:

مطالعات مختلف تغذیه ای در ایران نشان داده اند که سوء تغذیه در ابعاد مختلف در برخی از نقاط مختلف کشور وجود دارد. بر اساس یافته های حاصل از بررسی های انجام شده در کشور، مهمترین مشکلات تغذیه ای عبارتند از سوء تغذیه پروتئین - انرژی در کودکان زیر ۵ سال و کمبود ریزمغذیها از جمله آهن، روی و ویتامین های آ و د. از سوی دیگر، روند بیماریهای متابولیک مرتبط با تغذیه از جمله چاقی، دیابت، بیماریهای قلبی عروقی و انواع سرطانها روند روبه گسترش و هشدار دهنده ای را طی می کند.

نتایج مطالعه شاخص های چند گانه سلامت در جمعیت که در سالهای ۱۳۸۹-۱۳۹۰ توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت انجام گردید حاکی از آن است که سوء تغذیه پروتئین انرژی در برخی از مناطق کشور یکی از مشکلات تغذیه ای شایع در کودکان زیر ۵ سال کشور بشمار میرود. بر اساس این مطالعه در برخی از مناطق کشور شیوع کم وزنی بیش از ۲ برابر کشوری است. به عنوان مثال میزان شیوع کم وزنی در استان سیستان و بلوچستان (۱۲،۸۸٪) و در هرمزگان (۱۲،۰۵٪) می باشد. در حالی که بر اساس این بررسی، شیوع کم وزنی متوسط و شدید در کشور ۴،۰۸ درصد است. در ضمن، پایین ترین میزان

شیوع مربوط به استان گیلان (۵۶٪) می باشد. کم وزنی می تواند به علت کمبود دسترسی به غذا، ابتلا مکرر به بیماریها، انجام نشدن مراقبت‌های بهداشتی ایجاد شود. بر اساس بررسی فوق ۶۸۳ درصد کودکان زیر ۵ سال کشور دچار کوتاه قدی تغذیه ای متوسط و شدید هستند. محدودیت دسترسی به غذا، تناوب دستیابی به انواع خاص غذاها (به دلیل تغییرات فصلی)، ابتلا مکرر به بیماریهای اسهالی، عفونت های حاد تنفسی و آلودگی های انگلی از عوامل عمده بروز این مشکل است. کوتاه قدی تغذیه ای در استان سیستان و بلوچستان بیشترین میزان شیوع را دارد یعنی ۲۰٫۷۱٪ و در استان البرز (۱٫۹۰٪) کمترین میزان شیوع مشاهده شده است.

### برنامه مشارکتی - حمایتی بهبود وضع تغذیه کودکان:

با توجه به ماهیت چند بعدی سوء تغذیه کودکان، دفتر بهبود تغذیه جامعه از سال ۱۳۷۵ تا سال ۱۳۷۸ با همکاری انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، یونیسیف، وزارت کشاورزی، آموزش و پرورش، نهضت سواد آموزی، جهاد سازندگی، کمیته امداد امام خمینی و بهزیستی طرح مداخله ای کاهش سوء تغذیه در کودکان مناطق روستایی سه شهرستان ایلام (استان ایلام)، بردسیر (استان کرمان) و برازجان (استان بوشهر) را به مورد اجرا گذاشت تا بر مبنای آن الگوی اجرایی مناسبی که قابل تعمیم به کل کشور باشد بدست آید.

بعد از بررسی وضعیت موجود در هر سه منطقه که پرسشنامه های آن با دقت و تلاش همکاران مجری طراحی شد، ابعاد مشکل سوء تغذیه و علل اصلی آن مشخص گردید و این اطلاعات در کارگاه های مشورتی که در هر سه استان به ریاست استاندار، فرماندار، اعضای کمیته راهبری و کلیه سازمان های مربوطه (کشاورزی، جهاد، نهضت سواد آموزی، آموزش و پرورش، تعاون و ...) و نمایندگان مردم روستاهایی که به منظور اجرای طرح انتخاب شده بودند تشکیل شد، ارائه گردید. در این کارگاه ها از همه شرکت کنندگان درخواست گردید که با مشورت، بحث و تبادل نظر راهکارهای اجرایی را به منظور حل مشکلات تدوین کنند. سپس راهکارهای تدوین شده در سه استان جمع آوری شد و در کمیته راهبری مورد بحث قرار گرفت و این راهکارها که به طور خلاصه مشکلات سلامت نامیده شد از حرف اول کلمات مختلفی تشکیل شده است که راهکارهای اصلی برای مقابله با سوء تغذیه را در این مناطق روشن کرد.

م = بهداشت محیط	س = سبزیکاری در باغچه منزل
ش = شیر مادر	ل = لبنیات و استفاده از آن
ک = کارت رشد	ا = انرژی و رعایت تنوع و تعادل در رژیم غذایی
ا = آب سالم و مبارزه با اسهال	م = میوه و اهمیت مصرف آن
ت = تغذیه تکمیلی	ت = تنظیم خانواده

ارزشیابی این طرح مداخله ای پس از ۳ سال اجرا، حاکی از آن است که میزان شیوع سوء تغذیه کودکان در مناطق مورد مداخله تا حدود ۵۰٪ کاهش یافت. تجربیات حاصل از این طرح نشان می دهد که محوریت استاندار و فرماندار و درگیر شدن مسئولین بخش های مختلف توسعه برای بهبود وضعیت تغذیه جامعه ضروری است. این طرح به عنوان یک برنامه کشوری از سال ۱۳۷۹ در حداقل یک شهرستان از دانشگاه های علوم پزشکی کشور به اجرا گذاشته شد.

متأسفانه فقر و سوء تغذیه در کنار هم یک زنجیره و سیکل معیوبی را ایجاد می کنند که همدیگر را تقویت نموده و سبب بدتر شدن وضعیت جامعه در تمامی ابعاد می شود. مقابله با محرومیت، فقر و سوء تغذیه از جمله وظایف اصلی دولت هاست و تمامی ارگان های ذیربط باید در کنار هم بر علیه آن مقابله کنند.

با توجه به این که رفع سوء تغذیه در آن دسته از کودکانی که به دلیل فقر دچار افت رشد می شوند از عهده بخش بهداشت خارج است و همان طوری که ارزشیابی طرح مداخله ای نشان داد پس از گذشت ۳ سال از اجرای طرح هنوز حدود ۵۰٪ کودکان دچار سوء تغذیه بودند که علت آن وجود فقر در خانواده بود. لذا کمیته امداد امام در این بین همکار و همراهی بسیار مناسب جهت تاثیرگذاری بر چرخه فقر و سوء تغذیه است. اهداف و توانایی های وزارت بهداشت و کمیته امداد امام خمینی سبب طراحی برنامه ای گردید که تحت عنوان برنامه حمایتی تغذیه کودکان زیر ۶ سال مبتلا به سوء تغذیه

خانوارهای نیازمند از سال ۱۳۸۰ در شهرستان سواد کوه استان مازندران به اجرا گذاشته شد و نتایج مفید آن سبب گردید در مدت کوتاهی به ۱۴ استان کشور تعمیم یابد. در این برنامه کمک های غذایی به شکل یک سبد غذایی توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه طراحی شده و کمیته امداد امام بر اساس آن کودکان نیازمند مبتلاء به سوء تغذیه را تحت پوشش قرار می دهد. با توجه به نقش همکاری و مشارکت بخش های توسعه و رفاه اجتماعی در بهبود وضع تغذیه کودکان دو برنامه مشارکتی کاهش سوء تغذیه کودکان و حمایتی کودکان نیازمند مبتلاء به سوء تغذیه در دانشگاه های علوم پزشکی کشور به حال اجرا گذاشته شدند. یکی از دلایل کاهش چشمگیر شیوع سوء تغذیه کودکان در کشور حاصل اجرای موفق برنامه های مداخله ای فوق است. بر اساس نتایج مطلوب این دو برنامه در بهبود وضع تغذیه کودکان و ارائه عملکرد آنان در پنجاهمین اجلاس روسای دانشگاه های علوم پزشکی مقرر گردید این دو برنامه به عنوان الگوهای موفق بین بخشی به شکل یک برنامه ادغام یافته تحت عنوان برنامه مشارکتی - حمایتی بهبود وضع تغذیه کودکان در کلیه دانشگاه های علوم پزشکی به اجرا در آیند.

در راستای اجرای ماده ۴ آیین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی با رویکرد حمایت از گروه های آسیب پذیر، برنامه حمایت تغذیه ای گروه های آسیب پذیر از نیمه دوم سال ۱۳۸۴ توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت و با همکاری وزارت رفاه و تامین اجتماعی و کمیته امداد امام خمینی در کل کشور به اجرا گذاشته شد. در حال حاضر ۸۵۰۰۰ کودک تحت پوشش برنامه حمایتی در کشور می باشد. لازم به ذکر است این برنامه به دو شکل مشارکتی و مشارکتی - حمایتی در حال انجام است. در برنامه مشارکتی فقط مداخلات آموزشی با همکاری سایر بخش ها انجام می شود و در برنامه مشارکتی - حمایتی علاوه بر مداخله آموزشی، تامین سبد غذایی برای کودکان مبتلا به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند با همکاری کمیته امداد امام خمینی انجام می شود.

## اهداف :

**هدف کلی:** بهبود وضعیت تغذیه و رشد کودکان زیر پنج سال

### اهداف اختصاصی:

- کاهش سوء تغذیه ( کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری ) کودکان زیر پنج سال
- ارتقاء وضعیت تغذیه کودکان مبتلا به سوء تغذیه در خانوارهای نیازمند
- افزایش آگاهی های کارکنان بین بخشی در زمینه الگوی تغذیه صحیح و رشد کودک
- افزایش آگاهی های کارکنان بین بخشی در زمینه الگوی تغذیه صحیح در تمامی گروههای سنی
- ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در زمینه تغذیه و رشد کودک
- افزایش دانش و مهارت پزشکان و کارکنان بهداشتی در زمینه الگوی تغذیه صحیح و رشد کودک
- ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد جامعه در زمینه تغذیه صحیح و رعایت تعادل و تنوع در برنامه غذایی روزانه

### راهکارها:

- ۱- تقویت همکاری های بین بخشی
- ۲- ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی - تغذیه ای
- ۳- آموزش کارکنان بهداشتی بین بخشی و جامعه
- ۴- پایش و ارزشیابی

## فعالیت‌ها:

### فعالیت‌های راهکار اول:

تشکیل کمیته حمایت تغذیه ای در سطوح مختلف (ستاد، استان و شهرستان) علاوه بر اعضای ثابت ( از بخش های بهداشت، کار و رفاه اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی، بنیاد علوی، سازمان بهزیستی، جهاد کشاورزی، تعاون روستائی، نهضت سواد آموزی و آموزش و پرورش) بر حسب مورد از نمایندگان سایر بخش ها و نماینده سازمانهای مردم نهاد(NGO) به تشخیص مسئول کمیته دعوت به همکاری به عمل خواهد آمد. در مورد وزارت رفاه که نماینده ای در سطح استان و شهرستان ندارند این کمیته در سطح استان یا شهرستان بدون حضور نماینده وزارت رفاه تشکیل خواهد شد. وظایف این کمیته در صفحات ۱۱-۱۰ شرح داده شده است.

اقدامات بین بخشی شامل :

- مشارکت و حضور فعال کارکنان بین بخشی در کارگاههای آموزشی
- ترویج باغچه‌های خانگی سبزی ها در خانه‌های بهداشت ،منازل و مدارس با همکاری جهاد کشاورزی، آموزش و پرورش و بهداشت
- ارتقاء سطح سواد مادران از طریق برنامه‌های سواد آموزی
- بررسی وضعیت اقتصادی خانوارهای نیازمند توسط کمیته امداد امام خمینی
- تامین و توزیع سبد غذایی از طریق کمیته امداد، وزارت رفاه
- افزایش دسترسی فیزیکی به اقلام غذایی اساسی در مناطق پرخطر از طریق تعاونی های روستائی

### فعالیت‌های راهکار دوم :

- مراقبت تغذیه‌ای کودکان مبتلا به سوءتغذیه براساس " راهنمای ملی مراقبت تغذیه‌ای کودکان مبتلا به سوءتغذیه "
- ارائه خدمات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در مراکز بهداشتی درمانی و مراکز جامع خدمات سلامت
- تجهیز خانه های بهداشت به ابزار پایش رشد
- جلب همکاری گروه بهداشت خانواده و بهداشت محیط جهت ارتقاء کیفیت خدمات تغذیه ای در برنامه کودک سالم و مانا
- بهسازی محیط و کنترل بهداشتی و کیفیت اقلام غذایی توزیع شده

### فعالیت‌های راهکار سوم :

- استاندارد نمودن برنامه های تغذیه ای و آموزشی برای کودکان زیر پنج سال
- ارتقاء سطح سواد مادران از طریق برنامه های سواد آموزی
- برگزاری دوره های آموزشی و بازآموزی مدیران و مربیان مهدهای کودک تحت پوشش بهزیستی و آموزش و پرورش بر اساس کتاب آموزشی تغذیه کودکان در مهدهای کودک
- تجهیز خانه های بهداشت به آشپزخانه های محلی و آموزش عملی به مادران در خصوص نحوه تهیه غذاهای کمکی
- آموزش تئوری به مادران در زمینه اصول تغذیه کودکان زیر پنج سال
- تدوین و بازنگری متون آموزشی برای گروههای هدف
- تدوین برنامه آموزشی (جهت کارگاهها و کلاسهای آموزشی و آموزش عملی تغذیه تکمیلی) در سطح استان و شهرستان
- تهیه و پخش تیزر
- برگزاری کارگاه های آموزشی تغذیه در دورههای مختلف زندگی جهت کارکنان بهداشتی درمانی و سایر بخش ها

- برگزاری کلاس های آموزشی رهنمودهای غذایی برای کارکنان بخش بهداشت و کارکنان بین بخشی
- برگزاری کلاس های آموزشی تغذیه در پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر ( دیابت، پرفشاری خون، چاقی، سرطان و...) برای کارکنان بخش بهداشت و کارکنان بین بخشی

#### فعالیت های راهکار چهارم :

- تشکیل تیم نظارت بین بخشی جهت بازدید از اقدامات اجرایی
- بازنگری و طراحی فرمهای پایش و ارزشیابی
- تعیین شاخص های عملکردی براساس فرمهای پایش و ارزشیابی

#### وظایف بخش های مختلف در برنامه :

##### بهداشت

#### وظایف در سطح ستاد وزارتخانه :

- مدیریت بر اجرای بررسی های ملی جهت تعیین وضع تغذیه کودکان به منظور هدفمند نمودن مداخلات تغذیه ای
- برآورد تعداد کودکان مبتلا به سوء تغذیه به تفکیک استان ها جهت تخصیص اعتبارات
- پایش مستمر برنامه و ارائه گزارش به مقامات ارشد و پیگیری جهت حل مشکلات برنامه
- همکاری در تدوین تفاهم نامه، دستورعمل و بخشنامه های اجرایی
- تدوین پروتکل ها، راهنماهای ملی و دستورعمل اجرای برنامه
- تدوین، طراحی و چاپ متون آموزشی
- برگزاری کارگاههای کشوری

#### وظایف در سطح مرکز بهداشت استان و شهرستان

- تدوین، طراحی و چاپ متون آموزشی با هماهنگی دفتر بهبود تغذیه جامعه
- برگزاری کارگاهها، کلاس ها و سمینارهای آموزشی
- آموزش همگانی تغذیه از طریق رسانه های گروهی، صدا و سیما، آموزش های چهره به چهره گروهی و برگزاری بسیج های آموزشی در زمینه مسائل تغذیه ای- بهداشتی
- برگزاری کارگاه های آموزشی تغذیه در دورانهای مختلف زندگی جهت کارکنان بهداشتی درمانی و سایر بخش ها
- برگزاری کارگاه های آموزشی تغذیه کودکان زیر پنج سال در مهدهای کودک جهت کارکنان بهداشتی درمانی، مدیران و مربیان مهدهای کودک، معلمان و سایر کارکنان بین بخشی
- برگزاری کلاس های آموزشی رهنمودهای غذایی برای کارکنان بخش بهداشت و کارکنان بین بخشی
- برگزاری کلاس های آموزشی تغذیه در پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر ( دیابت، پرفشاری خون، چاقی، سرطان و...) برای کارکنان بخش بهداشت و کارکنان بین بخشی
- برگزاری کارگاهها، سمینارهای آموزشی در ادارات، سازمانها و موسسات دولتی و خصوصی
- ایجاد و تجهیز آشپزخانه های محلی در خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی
- طراحی کارت جهت تایید آموزش مادران در برنامه حمایتی جهت دریافت سبب غذایی
- تقویت برنامه پایش رشد کودکان در واحدهای بهداشتی درمانی
- تقویت و توسعه خدمات مشاوره تغذیه در مراکز بهداشتی درمانی
- ارتقاء کیفیت بهداشت محیط منطقه
- شناسایی و معرفی کودکان مبتلا به اختلال رشد و کم وزنی شدید در خانوارهای نیازمند از طریق رییس مرکز بهداشت شهرستان مطابق نامه شماره ۱ به کمیته امداد امام خمینی (ره)
- تهیه فهرست زنان بیسواد روستایی توسط بهورزان و ارسال به نهضت سواد آموزی
- پایش و نظارت مستمر از فعالیت های اجرایی برنامه

- اعلام مشکلات اجرایی به دفتر بهبود تغذیه جامعه بطور کتبی نظیر توزیع سبد غذایی بیشتر از فاصله زمانی دو ماهه، کاهش کیفیت و کمیت سبد غذایی یا سایر مشکلات اجرایی
- تکمیل فرمهای عملکردی برنامه هر ۶ ماه یکبار و ارسال به دفتر بهبود تغذیه
- کنترل اقلام بن کارت از نظر بهداشتی توسط بهداشت محیط

#### وزارت رفاه و تامین اجتماعی :

- همکاری در نظارت و پایش از اقدامات اجرای برنامه
- پیگیری و اخذ اعتبارات در چهارچوب قانون بودجه سالانه به جهت تامین بخشی از بودجه برنامه
- همکاری در تدوین تفاهم نامه، دستورعمل و بخشنامه های اجرایی

#### کمیته امداد امام خمینی (ره):

##### وظایف در سطح ستاد

- پیگیری و اخذ اعتبارات در چهارچوب قانون بودجه سالانه به جهت تامین مالی برنامه
- تامین سبد غذایی ترجیحا بن کارت برای کودکان مبتلا به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند
- مدیریت، هماهنگی و نظارت بر توزیع سبد غذایی برای کودکان مبتلا به سوء تغذیه ماهانه یا حداکثر هر ۲ ماه یکبار
- همکاری در تدوین تفاهم نامه، دستورعمل و بخشنامه های اجرایی
- تصویب آئین نامه و بخشنامه های مربوط به اجرای برنامه و ابلاغ آنها به استانها
- نظارت بر اجرای برنامه براساس دستورعمل آن
- دریافت و ارزیابی گزارش های عملکرد استان ها
- نظارت مستقیم و غیر مستقیم بر عملکرد استانها و شاخه های مجری بمنظور شناسائی نواقص و ارائه راهکارهای اجرایی مناسب

##### وظایف در سطح استان و شهرستان

- حضور امدادگران در کارگاه های آموزشی " تغذیه در دورانهای مختلف زندگی " و کارگاه آموزشی " رهنمودهای غذایی ایران " به منظور انتقال آموزشها به گروههای هدف
- همکاری با تعاونیهای مصرف و فروشگاههای زنجیره ای از طریق کارتهای اعتباری تعریف شده برای تسهیل در دسترسی خانوارهای نیازمند به سبد غذایی اهدایی
- ابلاغ مصوبات مربوط به برنامه و نظارت بر حسن اجرای آن در سطح استان
- همکاری و هماهنگی با مراکز بهداشت استان و سایر بخش های توسعه
- نظارت مستمر بر نحوه اجرای برنامه و تعیین نقاط قوت و ضعف و ارائه راهکارهای مناسب
- تحقیق در خصوص وضعیت اقتصادی و معیشتی معرفی شدگان غیر تحت حمایت

**توضیح:** تحقیق در این بخش طبق ضوابط جاری صورت گرفته و در صورتیکه نتیجه آن مثبت باشد، کودک تحت پوشش این برنامه قرار خواهد گرفت.

- - اهداء سبد غذایی (ارزش ریالی سبد هر ساله بر اساس توافقنامه بودجه تعیین خواهد شد)
- تشکیل پرونده حمایتی شامل:
- تصویر شناسنامه کودک و سرپرست او
- فرم تحقیق تکمیل شده (برای خانواده های غیر تحت حمایت)
- کارتکس تحویل سبد غذایی به خانواده کودک
- تهیه و ارسال گزارش های شش ماهه عملکرد

## جهاد کشاورزی

- برگزاری کلاسهای آموزشی در زمینه کشت، داشت و برداشت سبزی و صیفی در مناطق واجد شرایط و ترویج پرورش دام و طیور، فرآوری مواد غذایی به روش بهداشتی
- همکاری در آموزش مداوم روستاییان از طریق ایجاد کتابخانه های محلی در خانه های ترویج روستایی
- حضور کارشناسان و کارکنان ذیربط در کارگاه های آموزشی " تغذیه در دورانهای مختلف زندگی " و کارگاه آموزشی رهنمودهای غذایی ایران
- همکاری در آموزش مباحث مرتبط در قالب کارگاه های آموزشی " تغذیه در دورانهای مختلف زندگی

## سازمان تعاون روستایی

- سامان بخشیدن به توزیع مواد غذایی مناسب و مورد نیاز مردم (لبنیات، حبوبات، تخم مرغ)
- همکاری در تامین و توزیع اقلام غذایی موجود در سبد غذایی اهدایی کمیته امداد امام خمینی
- حمایت از ایجاد مغازه های کوچک روستایی در مناطق دورافتاده به منظور افزایش دسترسی مردم به مواد غذایی اساسی (مثل سبزی، صیفی، میوه، شیر و مواد لبنی کم چرب، حبوبات)
- جلوگیری از توزیع و فروش تنقلات غذایی بی ارزش مانند چیپس، انواع پفک، یخکم و نوشابه گازدار در فروشگاههای تعاونی روستایی
- عرضه روغن مایع با اسید چرب ترانس کمتر از ۵٪ بجای روغن نباتی جامد و نیمه جامد از طریق فروشگاههای تعاونی روستایی
- عرضه نمک یددار تصفیه شده و جلوگیری از عرضه نمک های غیر استاندارد مثل نمک دریا در تعاونی ها

## آموزش و پرورش

- حضور کارشناسان، مدیران، معلمان و مراقبین بهداشت در کارگاه های آموزشی " تغذیه در دورانهای مختلف زندگی "، کارگاه آموزشی " رهنمودهای غذایی ایران " و کارگاه آموزشی "تغذیه کودکان در مهدهای کودک" به منظور انتقال آموزشها به گروههای هدف
- انتقال پیامهای تغذیه ای به دانش آموزان در فرصت های آموزشی مناسب در مدرسه (برگزاری مسابقات، تهیه مقاله، روزنامه دیواری و .....)
- ایجاد باغچه های سبزیکاری در مدارس با همکاری کشاورزی به منظور ترویج فرهنگ مصرف سبزی در مناطق واجد شرایط
- توزیع مواد غذایی مناسب و باارزش غذایی در پایگاههای تغذیه سالم در مدارس براساس تفاهم نامه مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش.

## نهضت سوادآموزی

- حضور کارشناسان و آموزشیاران در کارگاه های آموزشی " تغذیه در دورانهای مختلف زندگی "، کارگاه آموزشی " رهنمودهای غذایی ایران " و کارگاه آموزشی "تغذیه کودکان در مهدهای کودک" به منظور انتقال آموزشها به گروههای هدف
- تقویت برنامه های سوادآموزی زنان
- تهیه و توزیع مطالب مناسب در زمینه آموزش تغذیه صحیح با هماهنگی مرکز بهداشت
- اختصاص وقتی از کلاس های نهضت به آموزش تغذیه و بهداشت

## بهزیستی

- حضور کارشناسان، مدیران و مربیان مهدهای کودک در کارگاه های آموزشی " تغذیه در دورانهای مختلف زندگی " و کارگاه آموزشی " رهنمودهای غذایی ایران " به منظور انتقال آموزشها به گروههای هدف

- حضور مدیران و مربیان مهدهای کودک در کارگاه های آموزشی " تغذیه کودکان زیر پنج سال در مهدهای کودک " به منظور انتقال آموزشها به گروههای هدف
- تنظیم برنامه غذایی مناسب در مهدهای کودک با همکاری کارشناسان تغذیه مرکز بهداشت
- برگزاری جلسات آموزشی برای خانوارهای روستایی در زمینه تغذیه صحیح از طریق مجتمع های روستایی
- سبزیکاری در محوطه روستا مهدها با همکاری مروج کشاورزی و بهورزان برای آموزش مردم و ترویج فرهنگ مصرف سبزی و صیفی
- دادن میان وعده های مناسب و مغذی به کودکان (خشکبار، برنگه ها، نخود و کشمش، ...) به جای تنقلات بی ارزش و ناسالم (آبنبات های رنگی، پفک و ...).

### شهرداری

- همکاری با بخش بهداشت جهت استفاده از فرهنگسرای شهرداری و خانه های سلامت در برنامه های آموزش تغذیه به جامعه
- همکاری با بخش بهداشت برای نصب بیلبردهای آموزشی بهداشتی - تغذیه ای در سطح شهر
- همکاری با بخش بهداشت جهت ایجاد غرفه های مطالب آموزشی بهداشتی - تغذیه ای در پارک ها و سطح شهر
- همکاری با بخش بهداشت در زمینه بهداشت محیط ( جمع آوری زباله، جمع آوری دستفروشان مواد غذایی در حوالی مهدهای کودک، مدارس، سینماها، سایر اماکن عمومی و ...)

### سازمان های غیر دولتی (بنیاد خیریه و ...)

- توانمند سازی زنان از طریق آموزش مهارت های زندگی
- آموزش و ارتقاء سطح سواد زنان
- حمایت از کودکان نیازمند مبتلا به سوء تغذیه از طریق تامین سبد غذایی آنان با هماهنگی مرکز بهداشت
- احداث روستا مهد و سایر مراکز فرهنگی
- راه اندازی صندوق قرض الحسنه جهت ارائه وام اشتغال زایی

### نهاد مردمی

- مشارکت مادران در تامین برخی از اقلام غذایی کلاس های آشپزخانه های محلی و ارائه تجارب آنان در این کلاس ها
- همکاری در حل مشکلات بهداشت محیط منطقه (احداث توالت های بهداشتی، احداث حمام، جمع آوری زباله از سطح روستا و ...)
- حمایت از کودکان مبتلا به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند توسط خانواده های مرفه منطقه

### مراحل اجرایی برنامه (مشارکتی و مشارکتی - حمایتی):

با توجه به این که تنها تفاوت برنامه مشارکتی حمایتی از برنامه مشارکتی، تامین سبد غذایی توسط کمیته امداد امام خمینی برای کودکان مبتلا به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند می باشد بنابراین اجرای برنامه تا مرحله ۴ برای برنامه مشارکتی و مشارکتی - حمایتی یکسان می باشد و مرحله به بعد ۵ فقط مربوط به بخش حمایت تغذیه ای در برنامه مشارکتی - حمایتی می باشد.

### ۱- بررسی وضع موجود:

کارشناس مسئول تغذیه معاونت بهداشتی با استفاده از اطلاعات موجود نظیر، نتایج بررسی های انجام شده در سطح استان به تفکیک شهرستان ها در زمینه شیوع سوء تغذیه کودکان، نتایج اطلاعات وضع تغذیه کودکان بر اساس برنامه کودک سالم و مانا، تعداد مادران بیسواد و کم سواد و ... می تواند وضع موجود منطقه را تعیین نماید. سپس وضعیت موجود در جلسه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان مطرح و مناطق نیازمند اجرای مداخلات مشخص شود.

## ۲- تشکیل کمیته حمایت تغذیه ای:

استاندار و یا معاون سیاسی- اجتماعی وی ریاست کمیته حمایت تغذیه ای را در سطح استان بعهدده دارد و معاون بهداشتی به عنوان دبیر کمیته، مسئولیت تشکیل جلسات را عهده دار است. احکام مسئولین و اعضای کمیته توسط استانداران محترم در هر استان ابلاغ می شود. پیشنهاد می گردد اعضای کمیته به دبیر خانه بهبود تغذیه و امنیت غذایی استان ( معاونت بهداشت - اداره بهبود تغذیه جامعه) معرفی تا به عنوان اعضای کمیته تخصصی برای آنان ابلاغیه از طرف استاندار جهت همکاری های لازم صادرشود. ترکیب اعضای کمیته ها: بر حسب مورد فرماندار، شهردار، بخشدار، مسئول شورای اسلامی شهر/روستا، نماینده سازمانهای مردم نهاد(NGO) و سایر اعضا به تشخیص مسئول کمیته علاوه بر اعضای ثابت ( از بخش های بهداشت، کار و رفاه اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی، بنیاد علوی، سازمان بهزیستی، جهاد کشاورزی، تعاون روستائی، نهضت سواد آموزی و آموزش و پرورش) دعوت به همکاری می شود. در سطح شهرستان، فرماندار و یا یکی از معاونین وی ریاست کمیته بین بخشی شهرستان را به عهده دارد و رئیس مرکز بهداشت شهرستان و یا مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان به عنوان دبیر کمیته مسئولیت تشکیل جلسات کمیته (که در آن مسئولین بخش های ذیربط با ابلاغ فرماندار عضویت دارند) را عهده دار است.

شرح وظایف کمیته ( ستادی، استان و شهرستان):

- اجرای راهبردهای مطرح در مواد ۹۵ و ۹۷ برنامه چهارم توسعه در زمینه فقرزدایی شامل «امکان تأمین غذای سالم و کافی، تضمین خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی رایگان و تأمین مسکن ارزان قیمت، آموزش عمومی رایگان جمعیت کمتر از هجده سال تحت پوشش برای خانوارهای واقع در سه دهک پایین درآمدی»
- ساماندهی و هدفمندسازی تسهیلات اشتغالزایی با تأکید بر سه دهک اول در آمدی به ویژه اشتغالزایی زنان
- به کارگیری سازمان های غیر دولتی (خصوصی و مردم نهاد) در راستای اجرای برنامه های کاهش فقر و توانمندسازی
- تخصیص اعتبار به منظور اجرای برنامه های حمایتی مخصوص خانوارهای نیازمند جهت افزایش دسترسی مستقیم آنان به مواد غذایی سالم و مغذی
- توزیع بن کارت مخصوص تهیه مواد غذایی به ویژه منابع غذایی ریزمغذی ها در میان اقشار آسیب پذیر و نیازمند
- تقویت و گسترش تامین یک وعده غذای گرم در روستامهددا
- حمایت از کودکان وسایر گروه های آسیب پذیر تغذیه ای ساکن در مناطق ویژه اجتماعی و سکونت گاه های غیر رسمی
- تدوین تفاهم نامه همکاریهای بین بخشی
- تدوین دستورعمل اجرایی
- بازنگری دستور عمل ها و تفاهم نامه ها

تشکیل کمیته حمایت تغذیه ای هر ۶ ماه یکبار الزامی است و به منظور پایش و ارزشیابی از فعالیتهای لازم است

هر ۶ ماه یکبار گزارش و مصوبات کمیته ها به دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

ارسال گردد.

### ۳- آموزش کارکنان بین بخشی:

آموزش کارکنان بخش های مختلف باید با استفاده از مجموعه های آموزشی " تغذیه در دورانهای مختلف زندگی ویژه کارکنان بخش های توسعه و رفاه اجتماعی "، رهنمودهای غذایی ایران" و "تغذیه کودکان در مهدهای کودک" انجام گردد. بنابراین، تشکیل یک هسته آموزشی زیر نظر معاون بهداشتی استان و با حضور کارشناسان خبره بهداشت و جهاد کشاورزی برای آموزش کارکنان بخش های مختلف در سطح ستاد استان از طریق برگزاری کارگاههای آموزشی توسط مرکز بهداشت استان ضروری است.

در سطح شهرستان نیز یک هسته آموزشی با ترکیب فوق باید تشکیل شود که آموزش کارکنان بین بخشی در سطح شهرستان را عهده دار شود. هسته آموزشی استانی باید در تمام مراحل آموزش کارکنان بین بخشی سطح شهرستان حضور داشته باشد و با هسته آموزشی شهرستان همکاری نماید.

نهایتاً تمام کارکنان بین بخشی (کارشناسان جهاد کشاورزی، آموزشیاران نهضت سواد آموزی، معلمین و مراقبین بهداشت مدارس، مربیان مهدهای کودک، بهزیستی، کارکنان کمیته امداد امام خمینی، اعضای شوراهای اسلامی روستاها و.....) به طریق آبشاری و سطح به سطح آموزش های لازم در زمینه اصول تغذیه صحیح و رعایت تعادل و تنوع در برنامه غذایی، تغذیه گروههای مختلف سنی، بهداشت محیط و.....دریافت می کنند و بشکل هماهنگ و یکسان به انتقال پیامهای تغذیه ای و بهداشتی به افراد جامعه می پردازند.

۴- اجرای اقدامات بین بخشی براساس شرح وظایف بخش های مختلف در برنامه که قبلاً شرح داده شده است.

۵- حمایت تغذیه ای از کودکان مبتلا به سوء تغذیه در خانوارهای نیازمند

مراحل حمایت تغذیه ای از کودکان مبتلا به سوء تغذیه در خانوارهای نیازمند

۱- شناسائی کودکان دچار کم وزنی شدید و اختلال رشد

در این برنامه برای کودکان ۵۹-۶ ماه که بر اساس راهنمای برنامه های کودک سالم و مراقبت های ادغام یافته ناخوشی اطفال (مانا) دچار سوء تغذیه شدید ( کم وزنی شدید) یا اختلال رشد می باشند اقداماتی لازم است که پس از تعاریف کم وزنی شدید و اختلال رشد به آنان اشاره خواهد شد.

**کم وزنی شدید:** منحنی وزن کودک زیر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) است که بیانگر سوء تغذیه شدید یا کم وزنی شدید است.

**اختلال رشد:** کودکی که منحنی وزن او بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) است ولی موازی و صعودی با منحنی رشد نمی باشد.

**توجه:** همچنین اگر وزن فعلی کودک در مقایسه با وزن قبلی افزایش نداشته باشد و یا میزان افزایش وزن (سرعت رشد) مطلوب نباشد کودک احتمالاً مبتلا به اختلال رشد است. اختلال رشد می تواند به یکی از سه شکل زیر مشاهده شود :

**کندی رشد:** اگر وزن کودک نسبت به وزن قبلی او بیشتر شده اما میزان افزایش وزن کافی نباشد دچار کندی رشد است. در این حالت منحنی رشد کودک رو به بالا است، اما منحنی رشد بموازات منحنی مرجع نیست و در حال دور شدن از آن است.

**توقف رشد:** اگر وزن کودک طی دو مراقبت آخر ثابت بماند کودک دچار توقف رشد می باشد.

**آفت رشد:** اگر وزن کودک نسبت به وزن قبلی او کاهش یافته باشد دچار افت رشد است.

## ۲- اقدامات لازم برای کودکان دچار کم وزنی شدید یا اختلال رشد :

### کودک مبتلا به کم وزنی شدید:

- کودک همراه با مادرش جهت بررسی بیشتر به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع شود.
- اگر کودک همراه با کم وزنی شدید بیماری دیگری داشته باشد باید پزشک مرکز فوراً او را به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهد.
- در صورت عدم بیماری، پزشک مرکز معاینه فیزیکی را انجام داده، وضعیت تغذیه کودک و وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده را بررسی نموده و آزمایشات لازم را برای کودک درخواست کند.
- در صورت طبیعی بودن نتایج آزمایشات و نداشتن مشکل اقتصادی خانواده، پزشک در صورت لزوم مادر کودک را به کارشناس تغذیه ارجاع داده تا کارشناس تغذیه توصیه‌های تغذیه‌ای را انجام دهد.
- در صورتی که یکی از دلایل مشکلات تغذیه ای کودک فقر خانواده باشد پزشک مرکز نام کودک را جهت بررسی و شرایط لازم جهت دریافت سبد غذایی به رییس مرکز بهداشت شهرستان معرفی می نماید. لازم به ذکر است حتما معرفی نامه با مهر پزشک مربوطه باشد.
- فهرست کودکان اعلام شده توسط پزشکان مراکز بهداشتی هر شش ماه یک بار از طریق نامه شماره ۱ توسط رییس مرکز بهداشت شهرستان جهت بررسی به رییس کمیته امداد امام خمینی (ره) شاخه مربوطه ارسال می شود. ( نیمه دوم اسفند و نیمه دوم شهریور ماه در هر سال)
- نتایج ارزیابی حمایتی توسط رییس کمیته امداد امام خمینی (ره) شاخه مربوطه از طریق نامه شماره ۲ به رییس مرکز بهداشت شهرستان ارسال خواهد شد. امدادگران کمیته امداد امام موظف هستند طی دو هفته پس از بررسی وضعیت معیشتی خانواده وضعیت کودک از نظر بهره مند شدن از برنامه حمایتی را تعیین نمایند.
- به جای فرم شماره یک دستور عمل قبلی، کلیه مراکز بهداشتی - درمانی یا خانه های بهداشت که کودکان تحت پوشش برنامه حمایتی دارند فهرست اسامی تمام کودکان تحت پوشش برنامه حمایتی را در یک پوشه جداگانه قرار خواهند داد.
- مراکز بهداشت هر شهرستان باید تعداد کودکان معرفی شده، تحت پوشش برنامه و بهبود یافته را هر ۶ ماه یکبار به مرکز بهداشت استان اعلام نماید و مرکز بهداشت استان نیز باید آمار فوق را هر ۶ ماه یکبار در عملکرد برنامه گنجانده و به ستاد ارسال نماید.
- مادران این کودکان نیز جهت آموزش و نحوه ی استفاده صحیح از اقلام غذایی به مشاور تغذیه ارجاع داده خواهند شد.
- مراقبت کودکان ۶ تا ۱۱ ماهه مبتلا به کم وزنی شدید هر پانزده روز یک بار وبالای یک سال هر ماه یک بار باید انجام و منحنی رشد آنان در هر بار مراقبت رسم شود.
- مکمل یاری با ریز مغذی ها( ویتامین های آ، د و آهن) را اساس آخرین دستور عمل وزارتی برای کودکان تا ۲۴ ماهگی باید انجام شود.

### شاخص‌های بهبودی و تریخیص کودک

- در صورتی که پس از یک دوره ی شش ماهه دریافت سبد غذایی، کودک بر اساس پایش رشد و اندازه گیری وزن دارای یکی از شرایط زیر باشد می تواند به عنوان کودک بهبود یافته در نظر گرفته شده و از برنامه خارج شود:
- افزایش وزن با شیب مناسب در دو مراقبت ماهانه پی در پی ( منظور مراقبت ماه پنجم و ششم) پس از دریافت سبد غذایی)
  - امتیاز  $Z$  وزن برای سن مساوی یا بیشتر از ۲- در دو مراقبت ماهانه پی در پی ( منظور مراقبت ماه پنجم و ششم) پس از دریافت سبد غذایی

## شاخص‌های ارجاع به پزشک مرکز بهداشتی درمانی

عدم افزایش وزن در اولین مراقبت در مقایسه با زمان معرفی جهت دریافت سبب غذایی (فاصله زمانی بر اساس پانزده روز برای کودکان زیر یک سال و یک ماه برای کودکان بالای یک سال) یا توقف یا افت رشد در هر زمان از دوره شش ماهه یا عدم بهبودی تا ۴ ماه پس از دریافت سبب غذایی

### مدت زمان دریافت سبب غذایی برای کودکان مبتلا به کم‌وزنی شدید

در این برنامه تمام کودکان ۲۴-۵۹ ماه (دو سال به بالا) به مدت شش ماه به طور مستمر سبب غذایی را دریافت می‌کند. پس از شش ماه در صورت وجود شاخص‌های بهبودی از برنامه ترخیص می‌گردند و در صورت عدم بهبودی جهت بررسی بیشتر به پزشک مرکز بهداشتی - درمانی معرفی گردیده و در ضمن برای دومین دوره شش ماهه مجدداً به کمیته امداد خمینی جهت دریافت سبب غذایی معرفی می‌شوند. بنابراین فقط کودکان بالای ۲۴ ماه که در اولین دوره شش ماهه بهبود نیافتند برای دوره شش ماهه دوم به کمیته امداد معرفی می‌شوند. کلیه شیرخواران ۲۳-۶ ماه پس از شناسایی به طور مستمر تا دو سالگی سبب غذایی را دریافت می‌نمایند (علیرغم بهبودی پس از یک دوره شش ماهه). این کودکان پس از ۲۳ ماهگی از برنامه خارج می‌گردند. در ضمن در صورتی که کودکی پس از ۲۳ ماهگی به دلیل کم‌وزنی شدید نیازمند سبب غذایی باشد ضمن بررسی بیشتر توسط پزشک مرکز بهداشتی - درمانی، می‌تواند یک دوره دیگر تحت پوشش برنامه قرار گیرد. لازم به ذکر هست پس از شروع هر دوره شش ماهه هیچ کودکی وارد برنامه یا ترخیص از آن نخواهد شد.

### نکات قابل توجه :

- کودک دچار کم‌وزنی شدید در اولین بار مراقبت پس از آموزش و مشاوره و دریافت سبب غذایی اگر نسبت به زمان پذیرش افزایش وزن نداشته باشد جهت بررسی بیشتر باید به پزشک مرکز ارجاع داده شود.
- پس از ارائه مشاوره و آموزش تغذیه‌ای - بهداشتی در اولین مراقبت، از مادر یا مراقب کودک درخواست شود تا ۵ روز بعد مجدداً مراجعه کند. در این ملاقات بررسی گردد که آیا مادر موفق به اجرای توصیه‌های تغذیه‌ای شده است؟ مشکلات آنها در اجرای توصیه‌ها بررسی و سعی در رفع مشکلات گردد.
- پس از دریافت اولین سبب غذایی از مادر خواسته شود تا مراجعه نماید و از او در مورد کمیت و کیفیت سبب غذایی سوال شود. آیا مادر به نحو مطلوب از سبب غذایی برای تغذیه کودک استفاده می‌کند؟ در صورت مشکل جهت رفع آن اقدامات لازم به عمل آید.
- برای کودکانی که پس از بهبودی از برنامه غذایی حذف می‌شوند آموزش مستمر مادر و پیگیری رشد کودک باید مورد تایید قرار گیرد تا روند مطلوب رشد کودک تداوم یابد.

### کودک مبتلا به اختلال رشد:

- مراقبت کودکان ۶ تا ۱۱ ماهه مبتلا به کم‌وزنی شدید هر پانزده روز یک بار و بالای یک سال هر ماه یک بار باید انجام و منحنی رشد آنان در هر بار مراقبت رسم شود.
- آموزش و مشاوره تغذیه در هر بار مراقبت کودک در خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی - درمانی توسط بهورز یا کاردان یا کارشناس تغذیه انجام گیرد.
- حسب نظر پزشک مرکز بهداشتی درمانی در صورت بیماری کودک در هر زمان از دوره درمان ؛ کودک همراه مادرش فوراً به بیمارستان ارجاع داده شود.
- در صورت عدم بیماری، پزشک مرکز معاینه فیزیکی را انجام داده، وضعیت تغذیه کودک و وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده را بررسی نموده و آزمایشات لازم را برای کودک درخواست کند.
- در صورت طبیعی بودن نتایج آزمایشات، نداشتن مشکلات تغذیه‌ای ناشی از فقر اقتصادی خانواده پزشک در صورت لزوم مادر کودک را به کارشناس تغذیه ارجاع داده تا کارشناس تغذیه توصیه‌های تغذیه‌ای را انجام دهد.

- اگر یکی از دلایل مشکلات تغذیه ای کودک فقر خانواده باشد، پس از تایید پزشک مرکز، نام کودک جهت بررسی و شرایط لازم جهت دریافت سبد غذایی توسط مرکز بهداشت شهرستان به کمیته امداد امام خمینی شهرستان معرفی خواهد شد.
- در صورتی که یکی از دلایل مشکلات تغذیه ای کودک فقر خانواده باشد پزشک مرکز نام کودک را جهت بررسی و شرایط لازم جهت دریافت سبد غذایی به رییس مرکز بهداشت شهرستان معرفی می نماید. ( نامه پزشک مرکز همراه با مهر باشد)
- فهرست کودکان اعلام شده توسط پزشکان مراکز بهداشتی هر شش ماه یک بار از طریق نامه شماره ۱ توسط رییس مرکز بهداشت شهرستان جهت بررسی به کمیته امداد امام خمینی (ره) شاخه مربوطه ارسال می شود.
- نتایج ارزیابی حمایتی توسط رییس کمیته امداد امام خمینی (ره) شاخه مربوطه از طریق نامه شماره ۲ به رییس مرکز بهداشت شهرستان ارسال خواهد شد. امدادگران کمیته امداد امام موظف هستند طی دو هفته پس از بررسی وضعیت معیشتی خانواده وضعیت کودک از نظر بهره مند شدن از برنامه حمایتی را تعیین نمایند.
- به جای فرم شماره یک دستور عمل قبلی، لیه مراکز بهداشتی - درمانی یا خانه های بهداشت که کودکان تحت پوشش برنامه حمایتی دارند فهرست اسامی تمام کودکان تحت پوشش برنامه حمایتی را در یک پوشه جداگانه قرار خواهند داد.
- مراکز بهداشت هر شهرستان باید تعداد کودکان معرفی شده، تحت پوشش برنامه و بهبود یافته را هر ۶ ماه یکبار به مرکز بهداشت استان اعلام نماید و مرکز بهداشت استان نیز باید آمار فوق را هر ۶ ماه یکبار در عملکرد برنامه گنجانده و به ستاد ارسال نماید.
- مادران این کودکان جهت آموزش و نحوه ی استفاده صحیح از اقلام غذایی به کارشناس تغذیه جهت مشاوره تغذیه ارجاع داده خواهند شد.
- مکمل یاری با ریز مغذی ها ( ویتامین های آ، د و آهن) برای کودکان تا ۲۴ ماهگی بر اساس دستور عمل های موجود باید انجام شود.

**نکته:** در صورت نبود کارشناس تغذیه در سیستم بهداشتی، مشاوره و توصیه های تغذیه ای لازم توسط پزشک و کاردان بهداشت خانواده ارائه شود.

#### شاخص های ارجاع به پزشک مرکز بهداشتی درمانی

عدم افزایش وزن در اولین مراقبت در مقایسه با زمان تشخیص، و/ یا توقف یا آفت رشد در هر زمان از دوره مراقبت و /یا عدم بهبودی پس از ۴ ماه از دریافت سبد غذایی

**شاخص بهبودی و ترخیص کودک:** در صورتی که پس از یک دوره ی شش ماهه دریافت سبد غذایی، کودک بر اساس پایش رشد و اندازه گیری وزن دارای شرایط زیر باشد می تواند به عنوان کودک بهبود یافته در نظر گرفته شده و از برنامه خارج شود:

منحنی وزن برای سن کودک در ۲ مراقبت متوالی ( منظور مراقبت ماه پنجم و ششم پس از دریافت سبد غذایی) با شیب مناسبی افزایش داشته و موازی با منحنی مرجع باشد کودک به وضعیت طبیعی برگشته و مجدداً به کاردان مرکز بهداشتی یا بهورز خانه بهداشت ارجاع داده می شود.

#### مدت زمان دریافت سبد غذایی برای کودکان دچار اختلال رشد

در این برنامه تمام کودکان ۲۴-۵۹ ماه ( دو سال به بالا) به مدت شش ماه به طور مستمر سبد غذایی را دریافت می کند. پس از شش ماه در صورت وجود شاخص های بهبودی از برنامه ترخیص می گردند و در صورت عدم بهبودی جهت بررسی بیشتر به پزشک مرکز بهداشتی - درمانی معرفی گردیده و در ضمن برای دومین دوره شش ماهه مجدداً به کمیته امداد خمینی معرفی می شوند. کلیه شیرخواران ۲۴-۶ ماه پس از شناسائی به طور مستمر تا دو سالگی سبد غذایی را دریافت می نمایند ( علیرغم بهبودی پس از یک دوره شش ماهه) و این کودکان پس از ۲۴ ماهگی از برنامه

خارج می گردند. در ضمن در صورتی که کودکی پس از ۲۴ ماهگی به دلیل اختلال رشد نیازمند سبب غذایی باشد ضمن بررسی بیشتر توسط پزشک مرکز بهداشتی - درمانی، می تواند یک دوره دیگر تحت پوشش برنامه قرار گیرد. لازم به ذکر هست پس از شروع هر دوره شش ماهه هیچ کودکی وارد برنامه یا ترخیص از آن نخواهد شد.

### نکات قابل توجه :

- پس از ارائه مشاوره و آموزش تغذیه‌ای - بهداشتی در اولین مراقبت، از مادر یا مراقب کودک درخواست شود تا ۵ روز بعد مجدداً مراجعه کند. در این ملاقات بررسی گردد که آیا مادر موفق به اجرای توصیه‌های تغذیه‌ای شده است؟ مشکلات آنها در اجرای توصیه‌ها بررسی و سعی در رفع مشکلات گردد.
- پس از دریافت اولین سبب غذایی از مادر خواسته شود تا مراجعه نماید و از او در مورد کمیت و کیفیت سبب غذایی سوال شود. آیا مادر به نحو مطلوب از سبب غذایی برای تغذیه کودک استفاده می کند؟ در صورت مشکل جهت رفع آن اقدامات لازم به عمل آید.
- به منظور تعیین روند مطلوب وزن گیری کودکان مبتلا به کم وزنی شدید یا اختلال رشد می توان از میزان افزایش وزن کودکان بر حسب سن به شرح زیر استفاده نمود:

### جدول وزن گیری کودک بر حسب سن

سن	روزانه ( گرم)	ماهانه ( گرم)
۰-۳ ماه	۲۰-۳۰	۶۰۰-۹۰۰
۳-۶ ماه	۱۵-۲۱	۴۵۰-۶۳۰
۱ تا ۳ سال	۱۰-۱۳	۳۰۰-۳۹۰
۳ تا ۵ سال	-	۱۷۰

### پایش و نظارت بر اجرای برنامه :

- پایش و نظارت بر اقدامات اجرایی برنامه توسط اعضای کمیته حمایت تغذیه‌ای در سطح ستاد، استان و شهرستان باید انجام شود. نظارت براساس برنامه زمان بندی مدون شده اجرا و متعاقب انجام بازدیدها گزارش در جلسات ارائه گردد. تا برای مشکلات و موانع موجود در اجرای برنامه راه حل‌های مناسب تعیین شود.
- در جلسات کمیته‌های ستادی، استان و شهرستان هر یک از بخش‌ها گزارش پیشرفت اقدامات اجرایی ونحوه پیگیری مصوبات را ارائه نمایند.
- تکمیل فرم عملکرد هر ۶ ماه یک بار در سطح دانشگاه و ارسال به دفتر بهبود تغذیه جامعه

**توجه:** اولویت انتخاب مناطق تحت پوشش برنامه بر اساس وسعت مشکل یا در حقیقت تعداد کودکان دچار اختلال رشد یا کم وزنی شدید و فقر اقتصادی منطقه مشخص می گردد. بنابراین نوع منطقه (شهری/روستایی) نقشی در انتخاب منطقه تحت پوشش نخواهند داشت.

### دستور عمل تکمیل فرم عملکرد برنامه مشارکتی - حمایتی:

این فرم که عملکرد یک دوره شش ماهه از اقدامات اجرایی دو برنامه در راستای بهبود تغذیه کودکان شامل مشارکتی و مشارکتی - حمایتی می باشد توسط مسئولین برنامه های فوق در سطوح مختلف شامل خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی، مراکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی، مرکز بهداشت شهرستان ودانشگاه هر ۶ ماه یکبار تکمیل می گردد. سطح ستادی ( دانشگاه) فرم فوق را پس از تکمیل به دفتر بهبود تغذیه جامعه ارسال می گردد.

### نحوه تکمیل فرم:

ابتدا نام برنامه مورد اجرا مشارکتی و مشارکتی - حمایتی در مناطق تحت پوشش را با قرار دادن علامت  $\surd$  در مربع های مربوطه را مشخص و سپس دوره شش ماهه اول یا دوم و سال گزارش دهی را ثبت کنید. همچنین نام مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی و خانه بهداشت/پایگاه بهداشت یا دانشگاه را ثبت کنید.

## تعاریف:

**تعداد کودکان دریافت کننده سبد غذایی در دوره شش ماهه:** عبارت است از تعداد کل کودکانی که در این دوره شش ماهه سبد غذایی دریافت کرده اند. لازم به ذکر هست که در طول این دوره شش ماهه هیچ کودکی وارد یا خارج از برنامه نخواهد شد. این اطلاعات فقط برای مناطقی که در حال حاضر سبد غذایی توزیع می شود تکمیل خواهد شد و در غیر این صورت در این ستون علامت تیره بگذارید.

**تعداد کودکان بهبود یافته در دوره شش ماهه:** عبارت است از کلیه کودکانی که بر اساس شاخص بهبودی مندرج در دستور عمل در طی این دوره شش ماهه بهبود یافته اند. تعداد کودکان زیر دو سالی که بهبود یافته ولی به دلیل شرط سنی تحت پوشش حمایت تغذیه ای هستند نیز در تعداد کودکان بهبود یافته در دوره شش ماهه منظور خواهد شد. این اطلاعات فقط برای مناطقی که در حال حاضر سبد غذایی توزیع می شود تکمیل خواهد شد و در غیر این صورت در این ستون علامت تیره بگذارید.

**درصد کودکان بهبود یافته از طریق سبد غذایی در دوره شش ماهه:** عبارت است از حاصل تقسیم تعداد کودکان بهبود یافته در این دوره شش ماهه به تعداد کل کودکان دریافت کننده سبد غذایی در دوره شش ماهه ضربدر ۱۰۰. این اطلاعات فقط برای مناطقی که در حال حاضر سبد غذایی توزیع می شود تکمیل خواهد شد و در غیر این صورت در این ستون علامت تیره بگذارید.

**تعداد مادران آموزش دیده در خصوص تغذیه ( تئوری - عملی ) در دوره شش ماهه:** تعداد مادران کودکان زیر پنج سال که در این دوره شش ماهه در زمینه تغذیه کودک ( تغذیه با شیر مادر، تغذیه تکمیلی، ریز مغذی ها، میان وعده غذایی، گروه ها و سهم غذایی کودکان، رفتارهای تغذیه ای و...) به طور تئوری یا عملی آموزش دیده اند. این اطلاعات برای برنامه های مشارکتی و مشارکتی - حمایتی تکمیل می گردد. اگر در این دوره شش ماهه هیچ مادری آموزش ندیده خط تیره گذاشته شود.

**تعداد کودکان مبتلا به سوء تغذیه مراجعه کننده به واحد مشاوره تغذیه در دوره شش ماهه:** تعداد کودکان مبتلا به سوء تغذیه که در این دوره شش ماهه در مناطق تحت پوشش برنامه مشارکتی - حمایتی یا مشارکتی به این واحدها ارجاع یافته اند. این اطلاعات فقط برای مناطقی که در حال حاضر واحد مشاوره تغذیه برای کودکان مبتلا به سوء تغذیه دارند تکمیل می شود. در غیر این صورت در این ستون علامت تیره بگذارید.

**تعداد کودکان مبتلا به سوء تغذیه بهبود یافته توسط واحد مشاوره تغذیه در دوره شش ماهه:** تعداد کودکان مبتلا به سوء تغذیه که در این دوره شش ماهه در مناطق تحت پوشش برنامه مشارکتی - حمایتی یا مشارکتی به این واحدها ارجاع و بر اساس شاخص های بهبودی، وضعیت تغذیه آنان بهبود یافته است. این اطلاعات فقط برای مناطقی که در حال حاضر واحد مشاوره تغذیه برای کودکان مبتلا به سوء تغذیه دارند تکمیل می شود. در غیر این صورت در این ستون علامت تیره بگذارید.

**درصد کودکان بهبود یافته از طریق مشاوره تغذیه در دوره شش ماهه:** عبارت است از حاصل تقسیم تعداد کودکان بهبود یافته از طریق مشاوره تغذیه در این دوره شش ماهه به تعداد کل کودکان مبتلا به سوء تغذیه مراجعه کننده به واحدهای مشاوره تغذیه در دوره شش ماهه ضربدر ۱۰۰. این اطلاعات فقط برای مناطقی که در حال حاضر واحد مشاوره تغذیه برای کودکان مبتلا به سوء تغذیه دارند تکمیل می شود. در غیر این صورت در این ستون علامت تیره بگذارید.

**تعداد کارگاهها و کلاس های آموزشی برگزار شده در دوره شش ماهه:** تعداد کارگاهها و کلاس های آموزشی تغذیه ای مرتبط با برنامه های مشارکتی یا مشارکتی - حمایتی که در طول این شش ماه برای ارتقای دانش تغذیه ای کارکنان بهداشت و سایر بخش های توسعه و رفاه اجتماعی تشکیل شده است. اگر در این دوره شش ماهه هیچ کارگاه یا کلاسی برگزار نشده خط تیره گذاشته شود.

تعداد شرکت کنندگان در کارگاههای آموزشی و کلاس های آموزشی برگزار شده در دوره شش ماهه: تعداد افرادی که در طی این شش ماه در کارگاهها و کلاس های آموزشی شرکت نموده اند. در صورت عدم برگزاری کلاس یا کارگاه در این دوره شش ماهه خط تیره گذاشته شود.

#### تعاریف مربوط به کمیته امداد امام خمینی (ره)

**سرانه تغذیه:** مبلغی است ریالی که با هدف بهبود شاخص های سلامت و وضعیت تغذیه کودکان خانواده نیازمند جهت تهیه سبد غذایی برای هر کودک تحت پوشش برنامه اختصاص می یابد.

**سبد غذایی:** شامل گروه های مختلف غذایی بوده و ارزش ریالی آن برابر وجه سرانه تغذیه است. که ترجیحا بن کارت خواهد بود. (لازم به ذکر است که تحت هیچ عنوان سرانه تغذیه به صورت نقدی در اختیار خانواده ها قرار نخواهد گرفت).

**خانواده های نیازمند:** خانواده هایی هستند که براساس شاخص های تعریف شده بین کمیته امداد، سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت به طور موقت یا دائم تحت پوشش برنامه های حمایتی قرار می گیرند.

**کودک بهره مند:** به کودکی اطلاق می شود که علاوه بر این که دچار اختلال رشد یا سوء تغذیه می باشد و ارزیابی حمایتی توسط کمیته امداد امام خمینی (ره) برای او انجام گرفته به طوری که عدم تمکن مالی و استحقاق او برای دریافت سبد غذایی به اثبات رسیده و سبد غذایی را ماهیانه دریافت می کند.

**مراکز حمایتی:** این مراکز با مشارکت مردم روستا و همکاری مادران موفق در امر تغذیه و رشد کودک دایر می شود و وظیفه تداوم و پیگیری برنامه های ارائه شده و همچنین تداوم آموزش های مورد نیاز برای مادران خانواده های نیازمند را برعهده دارد.

**منابع مالی:** بخشی از منبع مالی برنامه: از طریق دفتر فقرزدایی وزارت رفاه و تامین اجتماعی تامین می گردد و در اختیار کمیته امداد امام (ره) و سازمان بهزیستی تحت عنوان کمک به بهبود تغذیه کودکان نیازمند زیر ۵ سال که در جای خود قابل هزینه است، قرار می گیرد. همچنین بخش دیگر آن توسط کمیته امداد امام (ره) تامین می گردد.

فرم عملکرد برنامه مشارکتی - حمایتی  مشارکتی

شش ماهه ..... سال .....

دانشگاه علوم پزشکی..... مرکز بهداشت شهرستان.....

مرکز بهداشتی درمانی روستایی/شهری..... خانه بهداشت/پایگاه بهداشت.....

:

۱	تعداد کودکان دریافت کننده سبب غذایی در دوره شش ماهه
۲	تعداد کودکان بهبود یافته در دوره شش ماهه
۳	درصد کودکان بهبود یافته از طریق سبب غذایی در دوره شش ماهه
۴	تعداد مادران آموزش دیده در خصوص تغذیه ( تئوری- عملی) در دوره شش ماهه
۵	تعداد کودکان مبتلا به سو تغذیه مراجعه کننده به واحد مشاوره تغذیه در دوره شش ماهه
۶	تعداد کودکان مبتلا به سو تغذیه بهبود یافته توسط واحد مشاوره تغذیه در دوره شش ماهه
۷	درصد کودکان بهبود یافته از طریق مشاوره تغذیه در دوره شش ماهه
۸	تعداد کارگاهها و کلاس های آموزشی برگزار شده در دوره شش ماهه
۹	تعداد شرکت کنندگان در کارگاههای آموزشی و کلاس های آموزشی برگزار شده در دوره شش ماهه

تاریخ تکمیل : نام و امضای تکمیل کننده فرم:

نامه شماره (۱)

شماره نامه:

بسمه تعالی

تاریخ: //

ریاست محترم کمیته امداد امام خمینی (ره) شاخه .....

سلام علیکم

احتراماً، بدین وسیله فهرست کودکان دچار مشکل سوء تغذیه که توسط پزشکان مراکز بهداشتی بررسی و تایید گردیده اند، معرفی می گردند. خواهشمند است در صورت احراز شرایط و ضوابط، جهت بهره مندی نامبردگان از خدمات حمایتی آن نهاد دستور مقتضی صادر فرمائید.

ومن التوفیق

رئیس مرکز بهداشت شهرستان ..

مهر و امضاء

نامه شماره (۲)

بسمه تعالی

ریاست محترم مرکز بهداشت شهرستان .....

سلام علیکم

احتراماً، عطف به نامه شماره ..... مورخ ..... به پیوست نتایج ارزیابی حمایتی در جهت اطلاع و اقدام لازم ارسال می گردد

ومن التوفیق

رئیس کمیته امداد امام خمینی (ره)

شاخه .....

مهر و امضاء

سبد غذایی پیشنهادی جهت تامین کلیه نیازهای غذایی کودکان ۶ تا ۱۲ ماه:

متوسط انرژی و پروتئین مورد نیاز روزانه این گروه سنی به ترتیب ۸۵۰ کیلوکالری و ۱۴ گرم می باشد. با توجه به اینکه در حدود ۶۰ درصد نیازهای غذایی این گروه سنی می بایست از طریق شیر مادر تامین گردد بنابراین در صورتی که مادران شیرده به اهمیت تغذیه با شیر مادر آگاه باشند و مورد حمایت تغذیه ای نیز قرارگیرند، نیازهای کودک شیرخوار نیز تا حدود زیادی از طریق شیر آنان تامین خواهد شد. اجزایی سبد غذایی ماهیانه این گروه سنی به شرح ذیل می باشد:

ماده غذایی	میزان موردنیاز ماهیانه	جایگزین ها	میزان انرژی روزانه (کیلوکالری)	میزان پروتئین روزانه (گرم)
شیرمادر	که می بایست هر روزه و با توجه به نیاز کودک ارائه شود	شیرخشک ۹ قوطی ❀	۵۰۰	۱۱
نان	۳۰۰ گرم	۳ بسته بیسکویت مادر	۲۵	۱
برنج	۱۵۰ گرم	-	۱۰	-
آرد برنج	۱۵۰ گرم	-	۱۵	-
سیب زمینی	۵۰۰ گرم	-	۱۵	-
رشته فرنگی	۱۰۰ گرم	ماکارونی ترجیحا غنی شده با ریز مغذی ها ۱۰۰ گرم	۷	-
عدس	۳۰۰ گرم	ماش (۳۰۰ گرم)	۲۰	۱
شیر پاستوریزه	۳ لیتر	-	۵۰	۴
ماست پاستوریزه	۵۰۰ گرم	-	۱۵	+
گوشت قرمز یا سفید	۱ کیلوگرم		۵۵	۶
تخم مرغ ❀❀	۱۵ عدد	-	۲۰	۲
میوه ها	۱۵ واحد ❀❀❀	❀❀❀	۴۰	-
سبزی ها	۱۵ واحد ❀❀	❀❀❀	۱۰	۱
کره	۱۵۰ گرم		۴۵	-
شکر	۱۵۰ گرم		۲۰	-
جمع			۸۵۰	۲۷

❀ شیر خشک صرفاً جهت مصرف کودکانی توصیه می گردد که به دلایل مختلفی از جمله چند قلو بودن، مشکلات گوارشی، فوت و یا بیماری مادر توانایی مصرف شیر مادر را ندارند.

❀❀ از آن جایی که مصرف سفیده تخم مرغ به صورت خام یا پخته برای کودکان زیر یکسال ممنوع می باشد بنابراین صرفاً محتوی انرژی زرده تخم مرغ محاسبه گردیده است، در این خصوص لازم است ترتیبی اتخاذ گردد تا مادران آگاهی لازم در مورد دادن تخم مرغ کامل به کودک بعد از یک سالگی را در این مورد کسب نمایند.

سبد غذایی پیشنهادی جهت تامین کلیه نیازهای غذایی کودکان ۱ تا ۲ سال:

متوسط انرژی و پروتئین مورد نیاز روزانه این گروه سنی به ترتیب در حدود ۱۱۰۰ کیلوکالری و ۱۶ گرم می باشد که حداقل ۳۰ درصد آن می بایست از طریق شیر مادر تامین گردد.

ماده غذایی	میزان مورد نیاز ماهیانه	جایگزین ها	میزان انرژی روزانه (کیلوکالری)	میزان پروتئین روزانه (گرم)
شیر مادر	بر حسب نیاز کودک	شیرخشک ۶ قوطی * یا شیر پاستوریزه ۱۰ کیسه یک لیتری	۳۳۰	۷
نان	۲ کیلوگرم	-	۱۷۰	۶
برنج	۱ کیلوگرم	-	۸۰	۳
ماکارونی ( ترجیحا غنی شده با ریز مغذی ها)	۳۰۰ گرم	رشته فرنگی ۳۰۰ گرم	۲۰	-
سیب زمینی	۱ کیلوگرم	نخودفرنگی ۱/۵ کیلوگرم	۳۰	۱
عدس	۰/۵ کیلوگرم	سایر حبوبات: ماش، لوبیا، لپه و ...	۳۵	۱/۵
ماست پاستوریزه	۳ کیلوگرم	-	۵۰	۴
پنیر پاستوریزه	۴۵۰ گرم (یک بسته)	-	۳۰	۳
گوشت قرمز یا سفید	۱/۵ کیلوگرم	-	۷۵	۸
تخم مرغ	۱۰ عدد	-	۳۰	۲
میوه ها	۳۰ واحد **	**	۶۰	۱
سبزی های برگ سبز	۳۰ واحد **	**	۲۵	۲
دیگر سبزی ها	۳۰ واحد **	**	۲۵	۲
روغن مایع با اسید چرب ترانس کمتر از ۵٪	۲۰۰ گرم	-	۶۰	-
کره	۱۵۰ گرم	-	۴۵	-
شکر	۳۰۰ گرم	عسل یا مربا ۳۰۰ گرم	۴۰	-
جمع			۱۱۰۵	۴۴/۵

\* شیر خشک صرفاً جهت مصرف کودکانی توصیه می گردد که به دلایل مختلفی از جمله چند قلو بودن، مشکلات گوارشی، فوت و یا بیماری مادر توانایی مصرف شیر مادر را ندارند.

سبد غذایی مکمل برای کودکان ۱-۲ سال

میزان پروتئین روزانه	میزان انرژی روزانه	جایگزین ها	میزان مورد نیاز ماهیانه	ماده غذایی
۱/۵	۴۰	-	۰/۵ کیلوگرم	برنج
۱	۲۰	سایر حبوبات	۳۰۰ گرم	عدس
۵	۷۰	-	۴ کیسه یک لیتری	شیر پاستوریزه
۱	۲۰	-	۱ کیلوگرم	ماست پاستوریزه
۶	۵۵	۵ قوطی کنسرو ماهی یا ۱ کیلوگرم مرغ	۱ کیلوگرم	گوشت قرمز یا سفید
۱/۵	۲۰	-	۷ عدد	تخم مرغ
-	۳۰	*	۱۵ واحد	میوه ها
۳	۳۰	*	۳۰ واحد	سبزی ها
-	۴۵	روغن مایع	۱۵۰ گرم	کره
-	۴۰	مربا یا عسل	۱۵۰ گرم	شکر
۱۹	۳۷۰			

سبد غذایی پیشنهادی جهت تامین کلیه نیازهای کودکان ۳ تا ۶ سال:

همان گونه که در ابتدا نیز عنوان گردید، جهت تنظیم سبد غذایی این گروه سنی، متوسط مقادیر مورد نیاز کودکان ۶ ساله در نظر گرفته شده است بنابراین سبد غذایی مناسب این گروه سنی می بایست حداقل حاوی ۱۸۰۰ کیلوکالری انرژی و ۲۴ گرم پروتئین باشد.

ماده غذایی	میزان مورد نیاز ماهیانه	جایگزین ها	میزان انرژی روزانه	میزان پروتئین روزانه
نان	۶ کیلوگرم	-	۵۴۰	۲۰
برنج	۲ کیلوگرم	-	۲۰۰	۸
ماکارونی ( ترجیحا غنی شده با ریز مغذی ها)	۷۰۰ گرم	رشته فرنگی (۷۰۰ گرم)	۵۰	۲
سیب زمینی	۱/۵ کیلوگرم	نخودفرنگی یا باقلا سبز	۴۰	۱
عدس	۶۰۰ گرم	۶۰۰ گرم از سایر حبوبات: لوبیا، ماش و ...	۴۰	۱/۵
شیر پاستوریزه	۷ لیتر		۱۱۵	۸
ماست پاستوریزه	۳ کیلوگرم		۵۰	۴
پنیر پاستوریزه	۰/۵ کیلوگرم		۳۵	۳
گوشت قرمز	۱ کیلوگرم		۵۵	۶
مرغ	۱/۵ کیلوگرم	یک عدد مرغ متوسط	۱۰۰	۹
تخم مرغ	۱۰ عدد	-	۳۰	۳
میوه ها	۶۰ واحد	**	۱۲۰	-
سبزی های برگ سبز	۳۰ واحد	**	۲۵	۲
دیگر سبزی ها	۶۰ واحد	**	۵۰	۴
روغن مایع	۷۵۰ سی سی	-	۱۸۰	-
کره	۱۵۰ گرم	-	۴۵	-
شکر	۹۰۰ گرم	-	۱۲۰	-
		-	۱۷۹۵	۷۱/۵

سبد غذایی مکمل جهت تامین نیازهای کودکان ۳-۶ سال

میزان پروتئین روزانه	میزان انرژی روزانه	جایگزین ها	میزان مورد نیاز ماهیانه	ماده غذایی
۳	۸۰	-	یک کیلوگرم	برنج
۱	۲۵	سایر حبوبات	۴۰۰ گرم	عدس
۵	۷۰	-	۴ لیتر	شیر پاستوریزه
۲	۳۵	-	۲ کیلوگرم	ماست پاستوریزه
۴	۳۵	-	۴۵۰ گرم	پنیر پاستوریزه
۸	۸۵	گوشت قرمز ۱/۵ کیلوگرم	۱ عدد متوسط	مرغ
۱/۵	۲۰	-	۷ عدد	تخم مرغ
-	۶۰	**	۳۰ واحد	میوه
۳	۳۵	**	۴۰ واحد	سبزی ها
-	۱۳۵	کره ۴۵۰ گرم	۴۵۰ گرم	روغن
-	۴۰	مربا یا عسل	۳۰۰ گرم	شکر
۲۷/۵	۶۲۰			