

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

# دستور عمل اجرایی برنامه مشارکتی حمایتی بهبود وضع تغذیه کودکان

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

وزارت رفاه و تامین اجتماعی

کمیته امداد امام خمینی (ره)

سازمان بهزیستی کشور

وزارت آموزش و پرورش

سازمان نهضت سواد آموزی

وزارت جهاد کشاورزی

وزارت کشور

دی ماه ۱۳۸۵

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

#### مقدمه:

گزارش های موجود در کشور حاکی از آن است که سوء تغذیه (بصورت کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی) در کودکان زیر ۶ سال و کمبود ریزمغذی ها به ویژه ید، آهن، کلسیم، روی، ویتامین A، B2 و D در برخی از مناطق کشور هنوز به عنوان یک مشکل عمده مطرح است. کمبود ریزمغذی ها با عوارض متعدد از جمله اختلال رشد جسمی و تکامل مغزی، کاهش بهره هوشی، کاهش قدرت یادگیری و افت تحصیلی، افزایش موارد ابتلا به بیماریها و پوکی استخوان و نهایتاً کاهش توانمندی های ذهنی و جسمی افراد، توسعه اجتماعی - اقتصادی کشور را به مخاطره می اندازد.

سوء تغذیه کودکان و کمبود ریزمغذیها هزینه هایی را بطور مستقیم و غیر مستقیم

دربردارد که عبارتند از:

#### هزینه های مستقیم:

- درمان عفونت های ناشی از کاهش مقاومت بدن در اثر سوء تغذیه و کمبود ریزمغذی ها
- افزایش موارد سقط و مرده زایی
- افزایش مرگ و میر کودکان به دلیل ابتلا به بیماریهای مختلف.
- درمان بیماریهای تغذیه ای و دوره نقاهت آن
- افزایش مرگ و میر ناشی از عفونتهای حاد تنفسی و بیماریهای اسهالی به دلیل سوء تغذیه

بر اساس آخرین آمارهای سازمان جهانی بهداشت، در ۵۲/۵ درصد موارد مرگ و میر کودکان بدلیل بیماریهای مختلف، سوء تغذیه یک علت همراه مرگ است.

#### هزینه های غیر مستقیم:

- کاهش بهره هوشی کودکان
- کاهش توانمندی جسمی و قدرت تولید
- کاهش قدرت یادگیری و افت تحصیلی
- تغییرات رفتاری (بی حسی، بی تفاوتی، تحریک پذیری و در نتیجه موفق نبودن در برقراری ارتباط با مردم و اطرافیان).

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

بطور کلی انواع سوء تغذیه توانمندی و کارآیی کشورها را کاهش می دهد و به همین دلیل موجب فقر می شود و فقر نیز سوء تغذیه را تشدید می کند. نهایتاً، کشورها بدلیل ناتوانی در تولید مجبورند منابع مالی بیشتری را صرف خرید و واردات تکنولوژی و همچنین مایحتاج عمومی مردم کنند. بنابراین، امکان سرمایه گذاری برای فقرزدایی که عامل اصلی و ریشه ای سوء تغذیه پایدار است را از دست می دهند. در صورتی که چرخه شوم سوء تغذیه شکسته نشود، انسانها بدلیل سوء تغذیه و کاهش توانمندی های جسمی و ذهنی قدرت تولید ندارند، فقر همچنان پایدار می ماند و سیکل معیوب سوء تغذیه و فقر روند توسعه کشورها را به مخاطره می اندازد.

**بطور کلی 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.**

نمودار صفحه بعد شبکه علیتی سوء تغذیه و مجموعه عوامل موثر در بروز مشکل را نشان می دهد.

اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

گراف

**pdfMachine**

**Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!**

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

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 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، وسایل ارتباط جمعی و ..... می باشد.

#### وسعت مشکل سوء تغذیه پروتئین انرژی در کشور:

نتایج اولین بررسی کشوری توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت سلامت در سال ۱۳۷۷ (ANIS)<sup>۱</sup> نشان داده است که ۱۵/۴ درصد کودکان زیر ۵ سال کشور (۸۰۰ هزار نفر) دچار کوتاه قدی متوسط و شدید (از هر ۷ کودک یک نفر). ۱۰/۹ درصد (۵۴۰ هزار نفر) دچار کم وزنی متوسط و شدید و ۴/۹ درصد کودکان زیر ۵ سال کشور (۱۷۰ هزار نفر) دچار لاغری متوسط و شدید بوده اند. بر اساس نتایج دومین بررسی کشوری فوق (ANIS2) در سال ۱۳۸۳ درصد کوتاه قدی، کم وزنی و لاغری متوسط شدید در کل کشور به ترتیب ۴/۷، ۵/۲ و ۳/۷ می باشد. اگرچه نتایج این بررسی بیانگر کاهش چشمگیر شیوع سوء تغذیه در کشور است، لیکن شیوع این معضل در استان های کشور به طور ناهمگن می باشد و مناطق محروم نیازمند توجه ویژه هستند.

<sup>1</sup> Anthropometric Nutritional indicators survey

### کوتاه قدی:

بررسی ANIS1 نشان داد که شیوع کوتاه قدی تغذیه ای در روستاها بطور معنی دار بیش از شهرها بوده است (دو برابر). مناطق روستایی استانهای سیستان و بلوچستان، خراسان، کرمان، فارس و خوزستان حدود ۵۰٪ از کودکان روستایی مبتلا به کوتاه قدی تغذیه ای و مناطق شهری استانهای تهران، خراسان، خوزستان و اصفهان نیمی از کودکان شهری مبتلا به کوتاه قدی تغذیه ای را در خود جای داده اند. شیوع کوتاه قدی بر اساس بررسی کشوری ANIS2، ۴/۷٪ در کل کشور می باشد و در مناطق شهری به طور معنی داری کمتر از مناطق روستایی است. کمترین میزان شیوع این شاخص (خفیف تا شدید) در کودکان زیر یکسال شهری (۱۲/۸٪) و بیشترین شیوع آن مربوط به کودکان روستایی است (۱۴/۳٪). استان های سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد، خراسان، کرمان و چهارمحال و بختیاری از بالاترین رقم شیوع کوتاه قدی برخوردارند.

ابتلاء مکرر به بیماریهای اسهالی، عفونتهای حاد دستگاه تنفسی فوقانی، آلودگی های انگلی، الگوی نامناسب تغذیه کودک به علت ناآگاهی تغذیه ای مادر به ویژه در مقاطع بعد از شش ماهگی، دسترسی محدود به غذاهای متنوع به دلیل فقر اقتصادی و یا نبود مواد غذایی در منطقه از دلایل عمده کوتاه قدی است. بنابراین کوتاه قدی تغذیه ای نشان دهنده سوء تغذیه مزمن و طولانی مدت است. مهم ترین مقطع مداخله برای فراهم ساختن قد مناسب سن کودکان، تا ۲ سالگی می باشد اما در مناطق روستایی این نیاز، فوری تر است. کوتاهی قد در هر مقطع که پیش می آید تقریباً جبران ناپذیر و اثر آن ماندگار است. به این ترتیب، اقدام درباره کوتاهی قد فقط به امروز تعلق دارد. اگر مداخله و مبارزه با کوتاه قدی به فردا موکول شود، کودکان امروز، کوتاه قد بالغ خواهند شد. فردا دیر است.

### کم وزنی:

بررسی کشوری (ANIS1) نشان داده است که وزن حدود ۱۱٪ از کودکان زیر ۵ سال (از هر ۹ کودک یک نفر) کمتر از مقداری است که سن آنان ایجاب می کند و معرف سوء تغذیه زمان حال و گذشته است. استانهای سیستان و بلوچستان، خراسان، هرمزگان، فارس و کرمان حدود ۵۰٪ از کودکان کم وزن روستایی و استانهای تهران، خراسان، خوزستان، اصفهان و سیستان و بلوچستان حدود نیمی از کودکان کم وزن شهری را در خود جای داده اند.

کم وزنی بدین معناست که کودک وزن مناسب برای سن خود را ندارد. کم وزنی و سوء تغذیه مزبور ممکن است از محدودیت های نسبی، مستمر یا گاه به گاه در دسترسی به غذا، ابتلاء مکرر به بیماری ها، تداوم بیماریهای ضعیف کننده و مزمن و انجام نشدن مراقبت های بهداشتی ناشی

شده باشد. بر اساس نتایج بررسی کشوری ANIS2 شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۶ سال کشور ۵/۲ درصد می باشد و شیوع کم وزنی در مناطق روستایی به طور معنی داری از شهرها بیشتر است. شیوع کم وزنی خفیف تا شدید در کودکان شهری و روستایی زیر یکسال کمتر از سایر گروه های سنی است و میزان آن تا ۵ سالگی با بالا رفتن سن افزایش می یابد. بیشترین شیوع کم وزنی به ترتیب در استان های سیستان و بلوچستان (۱۶٪) و کرمان (۱۱٪) گزارش شده است.

#### لاغری:

سوء تغذیه لاغری بدان معناست که کودک وزن مناسب برای قد خود را ندارد و بر اساس بررسی کشوری ANIS1، ۴/۹ درصد کودکان زیر ۵ سال کشور دچار لاغری بوده اند و لاغری معرف سوء تغذیه کودک در زمان حال است. ابتلا مکرر به بیماری به ویژه اسهال و عفونت های دستگاه تنفسی و کاهش وزن سریع کودک به دلیل پرهیزهای غذایی نادرست در دوران بیماری کودک، قرار گرفتن در محرومیت حاد و بحران کم غذایی از دلایل عمده لاغری کودک به شمار می رود. بر اساس بررسی فوق در حدود ۶۰ درصد کودکان لاغر شهری در استانهای تهران، اصفهان، خوزستان، خراسان، هرمزگان و سیستان و بلوچستان و قریب به ۵۰ درصد از کودکان لاغر روستایی در استانهای سیستان و بلوچستان، هرمزگان، فارس، کرمان و خوزستان زندگی می کردند.

همچنین براساس نتایج بررسی کشوری ANIS2، شیوع لاغری در ۳/۷٪ در کودکان زیر ۵ سال کشور می باشد. شیوع لاغری در مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۴/۱، ۳/۳ درصد است که این اختلاف از نظر آماری معنا دار است. اگر چه شیوع لاغری خفیف و شدید در کودکان زیر یکسال شهری و روستایی کمتر از دیگر گروه های سنی است لیکن روند شیوع لاغری از سن ۱ تا ۶ سالگی در حال کاهش است.

استان های کرمان و هرمزگان با شیوع ۸٪ لاغری نسبت به سایر استان ها بالاترین شیوع را در برداشته اند.

برخی از دلایل این امر، شیوع فصلی بیماری های اسهالی و عفونتهای حاد دستگاه تنفسی، پایداری فقر در برخی مناطق روستایی محروم، پیدایش بحرانهای فصلی کم غذایی در خانوارهای ساکن روستاهای کم جمعیت و دور، می باشد.

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

با توجه به ماهیت چند بعدی سوء تغذیه کودکان، دفتر بهبود تغذیه جامعه در معاونت سلامت وزارت بهداشت از سال ۱۳۷۵ تا سال ۱۳۷۸ با همکاری انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، یونیسف، 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. 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 یافته است. تجربیات حاصل از این طرح نشان می دهد که محوریت استاندارد 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 ناشی از وجود فقر در خانواده آنان می باشد. لذا کمیته امداد امام همکار و همراهی بسیار مناسب جهت تاثیر گذاری بر چرخه فقر و سوء تغذیه شناخته شد. 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 را تحت پوشش قرار می دهد.

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 (برنامه مشارکتی و برنامه حمایتی بهبود وضع تغذیه کودکان) در بهبود وضع تغذیه کودکان و ارائه



## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

عملکرد آنان در پنجاهمین اجلاس روسای دانشگاه های علوم پزشکی مقرر گردید 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 آید. به طوری که در سال ۱۳۸۴ برنامه مشارکتی در ۸۶ شهرستان و برنامه ادغام یافته مشارکتی - حمایتی در حداقل یک شهرستان از ۳۰ استان کشور به اجرا گذاشته شد.

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، با همکاری وزارت رفاه و تامین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی در کل کشور به اجرا گذاشته شد. به طوری که از اواخر سال ۱۳۸۴، ۲۶۰۰۰ کودک تحت پوشش برنامه حمایتی در کشور قرار گرفتند که ۱۹۰۰۰ نفر از آن ها متعلق به استان های سیستان و بلوچستان، کرمان، هرمزگان، خراسان جنوبی و ۷۰۰۰ نفر کودک مابقی مربوط به ۲۶ استان دیگر کشور می باشند. همچنین این برنامه از آذرماه ۱۳۸۵ با حمایت مالی وزارت رفاه و تامین اجتماعی و همکاری کمیته امداد و سازمان بهزیستی کشور در ۱۶ استان (با تحت پوشش قرار گرفتن کلیه شهرستان های آن) گسترش یافته است.

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

#### تعیین اهداف در برنامه ادغام یافته مشارکتی - حمایتی

هدف کلی: بهبود وضعیت تغذیه و رشد کودکان زیر ۶ سال.

#### اهداف اختصاصی:

- کاهش سوء تغذیه کودکان زیر ۶ سال
- ارتقاء وضعیت تغذیه کودکان مبتلا به سوء تغذیه در خانوارهای نیازمند
- ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد جامعه در زمینه تغذیه صحیح و رعایت تعادل و تنوع در برنامه غذایی روزانه
- 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، تغذیه و رشد کودک
- افزایش آگاهی های کارکنان بین بخشی در زمینه الگوی تغذیه صحیح، تغذیه و رشد کودک

#### راهکارها و فعالیت ها در برنامه مشارکتی عبارتند از:

#### راهکارها:

- ۱- تقویت همکاری های بین بخشی به منظور ارائه خدمات بهداشتی - تغذیه ای
- ۲- ارتقاء کیفیت فعالیت های درون بخشی
- ۳- آموزش کارکنان بهداشتی، بین بخشی و جامعه
- ۴- پایش و ارزشیابی

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

#### فعالیت ها:

- ترویج باغچه های خانگی سبزی ها در خانه های بهداشت، منازل و مدارس با همکاری جهاد کشاورزی و آموزش و پرورش
- تشکیل کمیته بین بخشی
- ارائه آموزش های تغذیه ای به کودکان مهدهای کودک تحت پوشش بهزیستی و آموزش و پرورش
- استاندارد نمودن برنامه های تغذیه ای و آموزشی ارائه شده در مهدهای کودک
- ارتقاء سطح سواد مادران از طریق برنامه های سواد آموزی
- راه اندازی واحد مراقبت ویژه کودکان مبتلا به سوء تغذیه شدید
- ایجاد ظرفیت مناسب در گروه تغذیه مراکز بهداشت استان ها
- راه اندازی واحد مشاوره تغذیه
- تجهیز خانه های بهداشت به ابزار پایش رشد
- جلب همکاری گروه بهداشت خانواده، بهداشت محیط جهت ارتقاء کیفیت خدمات تغذیه ای در برنامه کودک سالم، مانا و بهسازی محیط
- تدوین و بازنگری متون آموزشی برای رده های مختلف بهداشتی درمانی
- برگزاری کارگاه های آموزشی جهت پزشکان و رده های مختلف بهداشتی درمانی و سایر بخش ها
- تهیه و پخش تیزر
- تجهیز خانه های بهداشت به آشپزخانه های محلی و آموزش عملی به مادران
- نظارت و بررسی گزارش عملکرد اجرایی
- تکمیل فرم های پایش و ارزشیابی

#### مهمترین راهکارها و فعالیت های اجرایی در برنامه حمایتی:

#### راهکارها:

- ۱- بررسی وضع موجود و اولویت بندی مناطق مورد مداخله
- ۲- تقویت همکاری های بین بخشی به منظور بهبود امنیت غذایی خانوارهای مورد مداخله
- ۳- ارتقاء کیفیت فعالیت های درون بخشی
- ۴- آموزش کارکنان بهداشتی، بین بخشی و مردم
- ۵- پایش و ارزشیابی

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

#### فعالیت ها:

- بررسی وضعیت موجود سوء تغذیه به تفکیک شهرستان ها
- تعیین و اولویت بندی نیازهای مداخله ای شهرستان های در معرض خطر
- طراحی مداخله های تغذیه ای - بهداشتی
- تشکیل کمیته بهبود وضع تغذیه کودکان در استان ها و شهرستان های در معرض خطر
- حمایت غذایی از کودکان نیازمند از طریق کمیته امداد، وزارت رفاه و بهزیستی
- تقویت اجرای طرح های خودکفایی خانوارها
- ترویج باغچه های خانگی سبزی ها در خانوارهای نیازمند
- افزایش دسترسی فیزیکی به اقلام غذایی اساسی در مناطق پرخطر از طریق راه اندازی فروشگاه های مواد غذایی
- ارائه آموزش های تغذیه ای و مداخله های غذایی در کودکان مهدهای کودک
- ارتقاء سطح سواد مادران از طریق برنامه های سواد آموزی
- تجهیز و راه اندازی واحد مشاوره تغذیه رایگان به کودکان مبتلا به سوء تغذیه
- تجهیز و راه اندازی واحد مراقبت ویژه جهت درمان کودکان مبتلا به سوء تغذیه متوسط و شدید
- ایجاد ظرفیت مناسب در گروه تغذیه مراکز بهداشت شهرستان ها
- تجهیز خانه های بهداشت جهت ارائه آموزش عملی تغذیه کمکی
- شناسایی و معرفی کودکان مبتلا به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند به کمیته امداد
- جلب همکاری گروه بهداشت خانواده و بهداشت محیط جهت ارائه خدمات تنظیم خانواده و مراقبت های بهداشتی مادر و کودک و بهسازی محیط

#### مراحل اجرایی برنامه:

##### ۱- بررسی وضع موجود:

با استفاده از اطلاعات موجود نظیر، نتایج بررسی های انجام شده در سطح استان به تفکیک شهرستان ها در زمینه شیوع سوء تغذیه کودکان، تعداد مادران بیسواد و کم سواد، تعداد توالی های غیر بهداشتی و ... می توان وضع موجود منطقه را تعیین نمود، ارائه وضعیت موجود در اولین جلسه کمیته بین بخشی استان و شهرستان برای توجیه مسئولین و مقامات محلی از جمله استاندار، فرماندار و روسای اداره ها ضروری است.

##### ۲- تشکیل کمیته بین بخشی غذا و تغذیه استان:

استاندار یا یکی از معاونین وی ریاست کمیته بین بخشی استان را به عهده دارد و معاون بهداشتی به عنوان دبیر کمیته، مسئولیت تشکیل جلسات کمیته بین بخشی استان که در آن

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مسئولین بخش های ذیربط با ابلاغ استاندار عضویت دارند را عهده دار است. هدایت برنامه، پیگیری و نظارت بر اجرا و رفع مشکلات موجود از طریق تشکیل جلسات منظم و مستمر از وظایف کمیته بین بخشی استان است. لازم به ذکر است به منظور جلب همکاری های بین بخشی این برنامه باید در شورای عالی سلامت استان نیز مطرح گردد.

#### ۳- تشکیل کمیته بین بخشی غذا و تغذیه شهرستان:

فرماندار یا یکی از معاونین وی ریاست کمیته بین بخشی شهرستان را بعهده دارد و رئیس مرکز بهداشت شهرستان یا مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان بعنوان دبیر کمیته مسئولیت تشکیل جلسات کمیته بین بخشی شهرستان که در آن مسئولین بخش های ذیربط با ابلاغ فرماندار عضویت دارند، را عهده دار است حمایت از اجرای برنامه، نظارت و پیگیری مشکلات و تنگناهای موجود و ارائه راه حل های مناسب از طریق تشکیل جلسات منظم و مستمر از وظایف کمیته بین بخشی شهرستان است.

#### ۴- تشکیل کمیته بین بخشی دهستان:

کمیته های دهستان با حضور نمایندگان بخش های مختلف (پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی، معلم مدرسه، آموزشیار نهضت، مروج کشاورزی، اعضای شورای اسلامی روستا، بهورز و ...) به منظور پیگیری اجرای اقدامات مداخله ای در سطح دهستان تشکیل می شوند. این کمیته، گزارش پیشرفت کار را در مقاطع زمانی مشخص به کمیته بین بخشی شهرستان ارسال می کند.

#### ۵- آموزش کارکنان بین بخشی:

آموزش کارکنان بخش های مختلف با استفاده از کتاب یاران چند پیشه که بدین منظور تهیه شده است، از طریق مرکز بهداشت استان اجرا می شود. بنابراین، تشکیل یک هسته آموزشی زیر نظر معاون بهداشتی استان و با حضور کارشناسان خبره بهداشت و جهاد کشاورزی برای آموزش کارکنان ستاد استانی بخش های مختلف از طریق برگزاری کارگاههای آموزشی ۲ یا ۳ روزه 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، معلمان مدارس، مربیان مهدهای کودک روستایی، بهزیستی، کارکنان کمیته امداد امام خمینی، اعضای شوراهای اسلامی روستاها و ...) به طریق آبخاری و سطح به سطح آموزش های لازم در زمینه بهداشت و تنظیم خانواده، تغذیه گروههای آسیب پذیر، کشت و تولید مواد غذایی، بهسازی محیط و سالم سازی آب آشامیدنی و اصول تغذیه صحیح و رعایت تعادل و تنوع در برنامه غذایی روزانه را

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دریافت می کنند و به شکل هماهنگ و یکسان به انتقال پیامهای تغذیه ای و بهداشتی به افراد جامعه می پردازند.

**وظایف بخش های مختلف برای بهبود وضع تغذیه کودکان عبارت است از:**

#### زمینه های همکاری جهاد کشاورزی:

- ترویج باغچه های خانگی سبزیجات (تامین بذر و آموزش خانوارها) به منظور ترویج فرهنگ مصرف سبزی و صیفی، گروههای غذایی اصلی و رعایت تعادل و تنوع در برنامه غذایی روزانه
- ایجاد مزارع نمایشی سبزیکاری درخانه های بهداشت و مدارس
- برگزاری کلاسهای آموزشی ترویجی پرورش دام و طیور، فرآوری مواد غذایی به روش بهداشتی
- اعطای وام به مردم روستا به منظور نوسازی و بهسازی دامداری ها
- همکاری در آموزش مداوم روستاییان از طریق ایجاد کتابخانه های محلی درخانه های ترویج روستایی
- آموزش دانش آموزان و بهورزان خانه های بهداشت در زمینه کشت، داشت و برداشت سبزی و صیفی
- حضور کارشناسان و کارکنان ذیربط در کلاس های آموزشی بخش بهداشت (کارگاه یاران چند پیشه)

#### زمینه های همکاری سازمان تعاون روستایی

- سامان بخشیدن به توزیع مواد غذایی مناسب و مورد نیاز مردم (لبنیات، حبوبات، تخم مرغ)
- 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، حبوبات)
- جلوگیری از توزیع و فروش تنقلات غذایی بی ارزش در فروشگاههای تعاونی روستایی
- عرضه روغن بجای روغن نباتی جامد از طریق فروشگاههای تعاونی روستایی

#### زمینه های همکاری آموزش و پرورش:

- همکاری و هماهنگی با مرکز بهداشت برای آموزش معلمان و مراقبین بهداشت مدارس و اولیاء دانش آموزان در زمینه تغذیه صحیح گروههای غذایی اصلی و تعادل و تنوع در برنامه غذایی روزانه.
- انتقال پیامهای تغذیه ای به دانش آموزان در فرصت های آموزشی مناسب در مدرسه (برگزاری مسابقات، تهیه مقاله، روزنامه دیواری و .....)

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

- ایجاد باغچه های سبزیکاری درمدارس با همکاری کشاورزی به منظور ترویج فرهنگ مصرف سبزی
- توزیع موادغذایی مناسب وبارزش غذایی در بوفه های مدارس مثل انواع تنقلات سنتی، شیر، دوغ، میوه و ..... و جلوگیری از توزیع و فروش تنقلات غذایی کم ارزش مثل چیپس، پفک، نوشابه های گازدار و.....

#### زمینه های همکاری نهضت سوادآموزی

- حضور آموزشیاران در کلاسهای آموزشی بخش بهداشت (کارگاه یاران چند پیشه)
- آموزش سه کتاب ساده نویسی شده در زمینه تغذیه و بهداشت برای زنان روستایی
- تقویت برنامه های سوادآموزی زنان
- تهیه مطالب مناسب در زمینه آموزش تغذیه صحیح با هماهنگی مرکز بهداشت
- اختصاص وقتی از کلاس های نهضت به آموزش تغذیه و بهداشت

#### زمینه های همکاری بهزیستی

- توزیع سبد غذایی برای کودکان مبتلا به سوء تغذیه در خانوارهای نیازمند تحت پوشش
- حضور مربیان مهدهای کودک در کلاسهای آموزشی بخش بهداشت (کارگاه یاران چند پیشه)
- اعطای وام به مددجویان و خانواده های نیازمند برای احداث دامداری و توسعه کشاورزی
- توجه به برنامه غذایی کودکان در روستا مهدها با تامین و تدارک مواد غذایی مناسب و با ارزش غذایی
- 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، برگه ها، نخود و کشمش، ۰۰) به جای تنقلات بی ارزش و ناسالم (آبنبات های رنگی، پفک ۰۰)
- آموزش تغذیه به کودکان در مهدهای کودک به ویژه در زمینه آشنایی با گروه های غذایی، میان وعده های غذایی مناسب و ... بر اساس مطالب کتاب راهنمای تغذیه کودکان ۳ تا ۶ سال ویژه مربیان روستامهد.

#### زمینه های همکاری شهرداری

- استفاده از فرهنگسرای شهرداری جهت آموزش پیامهای بهداشتی - تغذیه ای به عموم جامعه

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

- هماهنگی جهت مجوز برای نصب بیلبردهای تبلیغاتی
- هماهنگی جهت ایجاد غرفه هایی در پارکها و در سطح شهر به منظور ارائه مطالب آموزشی (کتب، پوستر و.....)

- همکاری در زمینه بهداشت محیط بویژه جمع آوری زباله، جمع آوری دستفروشان مواد غذایی در حوالی مهدهای کودک، مدارس، سینماها و سایر اماکن عمومی

#### زمینه های همکاری 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 سبب غذایی آنان
- احداث روستا مهد و سایر مراکز فرهنگی
- راه اندازی صندوق قرض الحسنه جهت ارائه وام اشتغال زایی

#### زمینه های همکاری نیروهای 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 محیطی 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
- مشارکت زنان در انتقال آموزش های تغذیه ای در مساجد، تکایا و ...
- همکاری در تامین فضای مناسب برای برگزاری کلاس های آشپزخانه های محلی
- همکاری در راه اندازی صندوق تعاونی محلی



## زمینه های همکاری بخش های مرتبط برای آموزش همگانی در زمینه الگوی تغذیه صحیح کودکان در سطح استان:

- تهیه و پخش برنامه های آموزشی (فیلم، تیزر و ..... ) در زمینه الگوی تغذیه صحیح کودکان توسط صدا و سیما استان با همکاری مرکز بهداشت
- انتشار مطالب آموزشی در روزنامه ها و نشریات محلی در زمینه الگوی تغذیه صحیح کودکان با همکاری و هماهنگی مرکز بهداشت
- استفاده از تریبون ائمه جمعه و جماعات برای اطلاع رسانی و انتقال پیامهای تغذیه ای (مثلاً رعایت تعادل و تنوع در برنامه غذایی روزانه، پرهیز از بیش خواری، کاهش مصرف نمک و روغن، خودداری از مصرف تنقلات کم ارزش و استفاده از تنقلات مفید در کودکان و .....)
- برگزاری سمینارها در ادارات، سازمانها و موسسات دولتی و خصوصی به منظور آگاه سازی مسئولین و کارکنان در زمینه تغذیه صحیح کودکان با همکاری و هماهنگی مرکز بهداشت استان

## زمینه های همکاری مرکز بهداشت استان و شهرستان:

- بازآموزی کارکنان بهداشتی درمانی (پزشکان، کارشناسان تغذیه، بهداشت خانواده، آموزش بهداشت، مربیان آموزشگاههای بهورزی، کاردان ها، بهورزان، رابطین بهداشتی و...) در زمینه گروههای غذایی اصلی، رعایت تعادل و تنوع در برنامه غذایی روزانه، تغذیه و پایش رشد کودکان زیر ۶ سال با استفاده از روش های مختلف آموزشی از جمله سخنرانی، کار گروهی، بحث عمومی و بویژه آموزش عملی تغذیه تکمیلی کودک، تغذیه در دوران مختلف زندگی و ...
- ایجاد و تجهیز آشپزخانه های محلی در خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی با حداقل وسایل و لوازم مورد نیاز برای طبخ غذای کودک و آموزش مادران در زمینه طرز تهیه غذای کمکی بطور عملی در جلسات آموزشی مستمر.
- تقویت برنامه پایش رشد کودکان در واحدهای بهداشتی درمانی، همکاری با گروه بهداشت خانواده در زمینه فعالیت های اجرایی برنامه کودک سالم و مانا، آموزش مادران در زمینه کارت رشد کودک و تغییر منحنی آن.

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

- آموزش همگانی تغذیه از طریق کلیه امکانات موجود در رسانه های گروهی، صدا و سیما استان، آموزش های چهره به چهره گروهی و برگزاری بسیج های آموزشی در زمینه مسائل تغذیه ای - بهداشتی.
- راه اندازی واحد مراقبت ویژه کودکان دچار سوء تغذیه شدید در بیمارستان آموزشی استان با همکاری مدیر گروه اطفال دانشگاه و متخصصین کودکان.
- ارجاع کودکان مبتلا به سوء تغذیه شدید به واحد مراقبت ویژه بیمارستان و هماهنگی با ریاست بیمارستان برای درمان رایگان کودکان فقیر مبتلا به سوء تغذیه.
- راه اندازی واحدهای مشاوره تغذیه در مراکز بهداشتی درمانی به منظور آموزش مادران کودکان مبتلا به سوء تغذیه در واحد مشاوره تغذیه، یک نفر کارشناس تغذیه آموزش و ارائه خدمات مشاوره تغذیه برای مادران و سایر مراجعه کنندگان را بعهده می گیرد.
- کنترل وضعیت کلر باقیمانده آب آشامیدنی روستا با استفاده از کلرسنج توسط بهورزان
- سالم سازی آب آشامیدنی خانوارهای روستایی با استفاده از کلر مادر و آموزش خانوارها در این زمینه
- بهداشتی نمودن توالت های روستایی با همکاری و مشارکت مردم.
- آموزش خانوارهای روستایی برای دفع بهداشتی فاضلاب و زباله، دفع فضولات حیوانی در خارج از روستا و نگهداری حیوانات و دام دور از منزل.
- بررسی وضعیت لوله کشی آب روستاها و ارسال گزارش به سازمان آب و فاضلاب.
- تهیه فهرست زنان بیسواد روستایی توسط بهورزان و ارسال آن از طریق مرکز بهداشت استان به نهضت سواد آموزی به منظور سواد آموزی زنان.
- ایجاد باغچه های نمایشی سبزی و صیفی در محیط خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی با همکاری جهاد کشاورزی به منظور آموزش و تشویق مردم برای سبزیکاری و مصرف سبزی و صیفی در برنامه غذایی روزانه.

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

#### زمینه های همکاری کمیته امداد امام

- توزیع سبد غذایی برای کودکان مبتلا به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند با هماهنگی مرکز بهداشت استان / شهرستان
- حضور امدادگران در کلاسهای آموزشی تغذیه و بهداشت (کارگاه یاران چندپیشه)
- اعطای وام به خانوارهای تحت پوشش برای خرید دام شیرده
- تقویت اجرای طرحهای خودکفایی خانوارها (قالی بافی، شیرینی پزی، خیاطی، پرورش طیور، زنبورداری و .....

به منظور آشنایی بیشتر با تعاریف و نحوه اجرای برنامه مشترک مفهوم برخی از واژه های مورد استفاده در زیر شرح داده می شود.

**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.

(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 توسط کمیته امداد و سازمان بهزیستی 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، بر اساس ارزیابی حمایتی توسط کمیته امداد امام خمینی (ره) 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 منابع مالی برنامه از طریق دفتر فقرزدایی وزارت رفاه و تامین اجتماعی تامین می گردد و در اختیار کمیته امداد امام (ره) و سازمان بهزیستی قرار می گیرد. همچنین بخش دیگر اعتبار برنامه توسط کمیته امداد امام (ره) تامین می گردد.

معیار شناسایی کودکان دچار اختلال رشد یا سوء تغذیه بر اساس راهنمای برنامه های

کودک سالم/مانا/پایش رشد:

۱- طی دو بار مراقبت وزن گیری کافی نداشته باشند.

۲- اگر منحنی رشد وزنی کودک افقی شده و دو منحنی از صدک های هفت گانه را قطع کند

حتی اگر وزن او بالای صدک ۳ باشد، به عنوان مثال اگر وزن کودکی ابتدا نزدیک صدک ۷۵

است پس از مدتی به صدک ۵۰ نزول کند و مدتی در محدوده صدک ۵۰ باقی بماند در این

مقطع دوباره وزن کودک کاهش یافته و به صدک ۲۵ نزول می کند.

۳- کودکی که منحنی وزن او بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) است ولی موازی و صعودی

با منحنی رشد نمی باشد.

۴- منحنی وزن کودک زیر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) است که بیانگر سوء تغذیه شدید یا

کم وزنی شدید است.

**توجه:** اولویت انتخاب مناطق تحت پوشش برنامه بر اساس وسعت مشکل یا در حقیقت تعداد کودکان

دچار اختلال رشد یا سوء تغذیه متوسط و شدید و فقر اقتصادی منطقه می باشد. بنابراین نوع

منطقه (شهری/روستایی) نقشی در انتخاب منطقه تحت پوشش نخواهند داشت.

روند اجرای برنامه حمایتی:

(۱) با همکاری کمیته امداد امام خمینی:

در مراقبت های معمولی کودکان، آن هایی که دچار اختلال رشد یا سوء تغذیه شدید (کم وزنی شدید) هستند و تحت مراقبت ویژه قرار گرفته اند به شرطی که در درجه اول به تشخیص بهورز سوء تغذیه آن ها منشأ فقر مالی خانواده باشد با نامه شماره ۱ (که نمونه آن پیوست می باشد) به صورت محرمانه برای بررسی به کمیته امداد معرفی می گردند در کمیته امداد نیز بر اساس معیارهای مشخص خود، خانوار را بررسی و کودکان زیر ۳ سال را تا پایان ۳ سالگی و کودکان ۳ سال تا ۶ سال را تا زمان بهبودی با دوره های پایش ۶ ماهه تحت پوشش قرار می دهند. (بر اساس تفاهم نامه مشترک کمیته امداد و وزارت بهداشت)

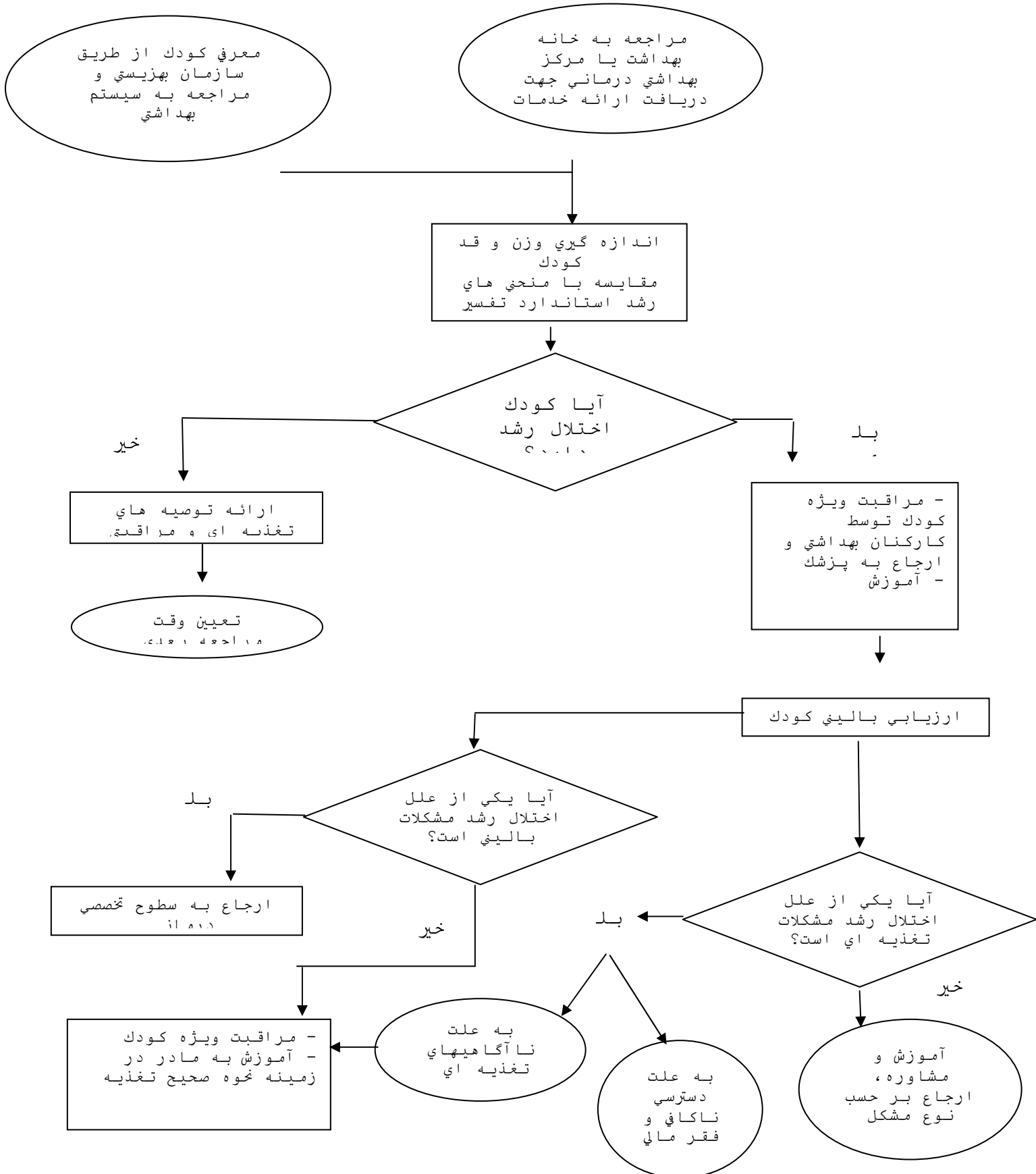
پس از آن که کودک تحت پوشش قرار گرفت خانواده او تحت آموزش های مستمر ماهیانه قرار گرفته و سبد غذایی که حاوی بخشی از نیازهای روزانه کودک است به طور منظم و ماهیانه به او تعلق خواهد گرفت. همچنین مادر در کلاس های مستمر آموزشی نحوه استفاده از مواد غذایی موجود در سبد و پخت و آماده سازی آن ها را فرا خواهد گرفت و ارائه سبد به شرط حضور مادر در کلاس های آموزشی فوق است.

(۲) با همکاری سازمان بهزیستی:

مدد کاران مجتمع های بهزیستی موظفند کلیه کودکان زیر ۶ سال خانواده های تحت پوشش آن سازمان را به مراکز بهداشتی - درمانی شهری، روستایی و خانه های بهداشت جهت تعیین وضعیت تغذیه ای آنان معرفی کنند. در صورت تشخیص سوء تغذیه جامعه هدف، فهرست اسامی کودکان مبتلا به سوء تغذیه به طور محرمانه به سازمان بهزیستی اعلام می گردد. در این برنامه کودکان زیر ۳ سال تا پایان ۳ سالگی و کودکان ۳ تا ۶ سال تا زمان بهبودی با دوره های پایش ۶ ماهه تحت پوشش قرار می گیرند. پس از آن که کودک تحت پوشش قرار گرفت. کلیه فعالیت های مطرح شده مانند برنامه حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) انجام خواهد شد.

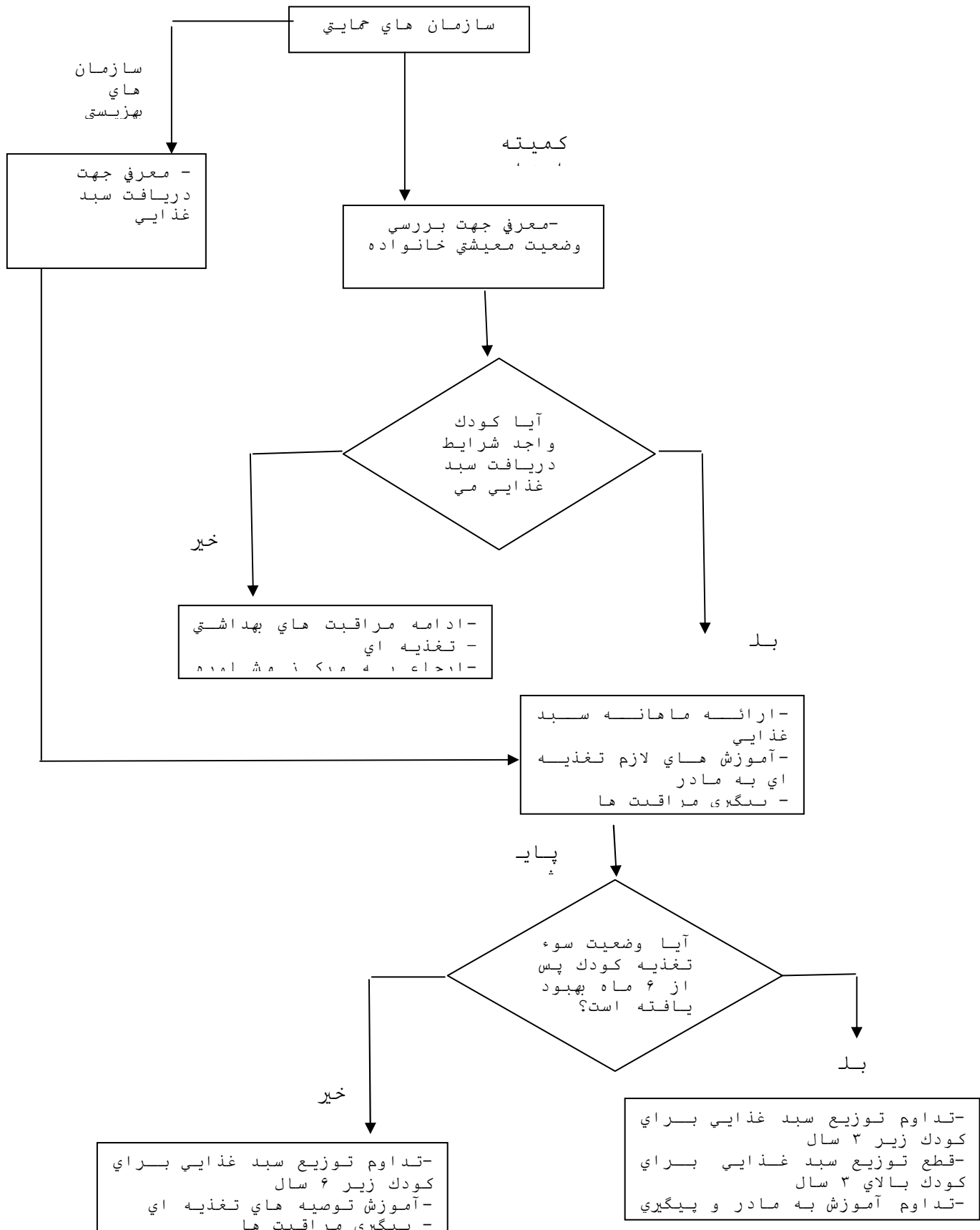
**تبصره:** در صورتی که تعداد کودکان نیازمند تحت پوشش و پشت نوبت بهزیستی از تعداد پیش بینی شده در هر استان، کمتر باشد، مراکز بهداشتی درمانی می توانند کودکان نیازمند را به طور محرمانه به بهزیستی معرفی نمایند.

روند کارشناسایی و ارجاع کودکان دچار اختلال رشد



اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

۱- کودکان ۶ تا ۱۲ ماه

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:

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

❀ 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 را در این مورد کسب نمایند.



۲- کودکان ۱ تا ۲ سال

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	شیر خشک ۶ قوطی * یا شیر پاستوریزه ۱۰ کیسه یک لیتری	۳۳۰	۷
نان	۲ کیلوگرم	-	۱۷۰	۶
برنج	۱ کیلوگرم	-	۸۰	۳
ماکارونی	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	۳ کیلوگرم	-	۵۰	۴
پنیر	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	۲۰۰ گرم	-	۶۰	-
کره	۱۵۰ گرم	-	۴۵	-
شکر	۳۰۰ گرم	عسل یا مربا ۳۰۰ گرم	۴۰	-
<b>جمع</b>			<b>۱۱۰۵</b>	<b>۴۴/۵</b>

\* 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.

اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

**pdfMachine**

**Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!**

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

-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
۱	۲۰	-	۱ کیلوگرم	ماست
۶	۵۵	۵ قوطی کنسرو ماهی یا ۱ کیلوگرم مرغ	۱ کیلوگرم	گوشت قرمز
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			

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

۳- کودکان ۳ تا ۶ سال

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	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	۷ لیتر		۱۱۵	۸
ماست	۳ کیلوگرم		۵۰	۴
پنیر	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

اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

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
۲	۳۵	-	۲ کیلوگرم	ماست
۴	۳۵	-	۴۵۰ گرم	پنیر
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			

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

وظایف دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:  
- تشکیل تیم نظارتی متشکل از کارشناسان گروه مادر و کودک دفتر بهبود تغذیه جامعه، معاونت امور حمایت خانواده کمیته امداد، دفتر فقرزدایی وزارت رفاه و تامین اجتماعی، دفتر امور زنان و خانواده سازمان بهزیستی کشور

- تشکیل جلسات کارشناسی به منظور بررسی وضع موجود،

- تنظیم جدول زمان بندی نظارتی

- بازدید مستمر از فعالیت های اجرایی برنامه در سطح محیط و تهیه و تنظیم گزارش بازدیدها به بخش های ذیربط

- بازبینی دستور عمل اجرایی برنامه

- 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

وظایف مرکز بهداشت استان و شهرستان:

۱- شناسائی و معرفی کودکان مبتلا به اختلال رشد مطابق نامه و فرم شماره ۱

۲- ارزیابی مجدد کودکان مبتلا به اختلال رشد طی دوره های سه ماهه

۳- برگزاری کلاسهای آموزشی مسائل بهداشتی - تغذیه ای به کارکنان بهداشت (به ویژه

بهورزان)، رابطین فرهنگی کمیته امداد، مددکاران بهزیستی و سایر کارکنان درگیر در برنامه و

مادران

۴- همکاری مستمر با نمایندگان کمیته امداد و سازمان بهزیستی در سطح استان و شهرستان

۵- نظارت مستمر از فعالیت های اجرایی برنامه

## وظایف کمیته امداد امام خمینی (ره) معاونت امور حمایت خانواده دفتر

### مرکزی:

- ۱- تصویب آئین نامه و بخشنامه های مربوط به اجرای برنامه و ابلاغ آنها
- ۲- پیش بینی و انجام تمهیدات لازم برای تامین اعتبار مورد نیاز
- ۳- همکاری مستمر با معاونت سلامت و وزارت بهداشت بمنظور پیشبرد اهداف برنامه
- ۴- تهیه، تدوین و پیشنهاد دستورالعمل و بخشنامه های مربوط به برنامه طی جلسات گروهی و مشترک
- ۵- دریافت و ارزیابی گزارش های عملکرد استان ها
- ۶- نظارت مستقیم و غیر مستقیم بر عملکرد استانها و شاخه های مجری بمنظور شناسائی نواقص و ارائه راهکارهای اجرایی مناسب
- ۷- تقویت همکاری های بین بخشی به منظور گسترش برنامه

### وظایف کمیته امداد امام خمینی (ره) استان:

- ۱- ابلاغ مصوبات مربوط به برنامه و نظارت بر حسن اجرای آن در سطح استان
- ۲- ارسال گزارش های شش ماهه عملکرد به معاونت امور حمایت خانواده دفتر مرکزی (طبق فرم شماره ۲)
- ۳- همکاری و هماهنگی با مراکز بهداشت استان و سایر بخش های توسعه
- ۴- نظارت مستمر بر نحوه اجرای برنامه و تعیین نقاط قوت و ضعف و ارائه راهکارهای مناسب

### وظایف کمیته امداد امام خمینی (ره) در شهرستان:

- ۱- 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.
- ۲- ارسال نامه شماره ۲ به انضمام فرم شماره ۱ تکمیل شده توسط کمیته امداد به مرکز بهداشت شهرستان.
  - ۳- اهداء سبد غذایی (ارزش ریالی سبد هر ساله بر اساس توافقنامه بودجه تعیین خواهد شد)
  - ۴- 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

اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۵- تهیه و ارسال گزارش های شش ماهه عملکرد (طبق فرم شماره ۲)

**pdfMachine**

**Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!**

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!



## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

#### وظایف ستادی سازمان بهزیستی کشور (دفتر امور زنان و خانواده حوزه معاونت امور

##### اجتماعی):

- حضور کارشناسان ستادی در تیم نظارت بین بخشی
- تخصیص اعتبار مورد نیاز
- تصویب آئین نامه و بخشنامه های مربوط به اجرای برنامه و ابلاغ آن ها
- همکاری مستمر با معاونت سلامت وزارت بهداشت به منظور پیشبرد اهداف برنامه
- نظارت مستقیم و غیر مستقیم بر عملکرد استان ها به منظور شناسایی مشکلات و ارائه راهکارهای اجرایی
- تهیه، تدوین و پیشنهاد دستور عمل و بخشنامه های مربوط به برنامه طی جلسات گروهی و مشترک

- تقویت همکاری های بین بخشی به منظور گسترش برنامه
- دریافت و ارزیابی گزارش های عملکرد استان ها

##### وظایف سازمان بهزیستی استان:

- ابلاغ یا انتصاب یک نفر مسئول اجرای برنامه
- هماهنگی بین ستاد بهزیستی کشور و بهزیستی استان
- جذب و توزیع اعتبارات به منظور تهیه مواد غذایی مورد نظر
- نظارت بر نحوه ارائه خدمات در شهرستان ها
- اخذ اطلاعات و راهکارهای اجرایی از ستاد بهزیستی کشور و ارائه آن به شهرستان ها
- هماهنگی با معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی به منظور اجرای مطلوب برنامه
- ارسال عملکرد سه ماهه به دفتر امور زنان و خانواده بهزیستی کشور

##### وظایف سازمان بهزیستی شهرستان:

- هماهنگی با مراکز بهداشتی درمانی شهرستان
- تهیه گزارش عملکرد هر دو ماه یکبار و ارسال آن به بهزیستی استان

##### وظایف مجتمع های بهزیستی:

- معرفی یک نفر مسئول اجرای برنامه
- شناسایی جمعیت هدف مطابق نامه شماره ۳
- ایجاد ارتباط و هماهنگی با مراکز بهداشتی درمانی
- نگهداری و توزیع مواد غذایی تحت شرایط بهداشتی یا توزیع حواله خرید اقلام غذایی
- ارائه اطلاعات و گزارش های مربوط به بهزیستی شهرستان

## وظایف وزارت رفاه و تامین اجتماعی (دفتر مطالعات اجتماعی و فقر زدایی):

- تشکیل شورای راهبردی - تخصصی حمایت غذا و تغذیه زیر نظر شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی

- تعیین نقش سازمان های مرتبط در فرآیند اجرای برنامه

- تعیین اعضاء و وظایف کمیته حمایت تغذیه ای استان و شهرستان از طریق شورای راهبردی - تخصصی

- پیگیری و اخذ اعتبارات در چهارچوب قانون بودجه سالانه به جهت تامین مالی برنامه

- نظارت و هدایت کمیته های اجرایی

## پایش و نظارت بر اجرای برنامه مشارکتی - حمایتی:

پایش و نظارت بر اقدامات اجرایی برنامه توسط تیم نظارت بین بخشی ستادی، استان و شهرستان باید انجام شود. تیم نظارت بین بخشی از نمایندگان بخش های مختلف از جمله جهاد کشاورزی، آموزش و پرورش، نهضت سواد آموزی، کمیته امداد امام، بهزیستی و مرکز بهداشت (کارشناس تغذیه، بهداشت خانواده و بهداشت محیط) و سایر بخش های درگیر در سطح استان و شهرستان باید تشکیل شود و براساس برنامه زمان بندی مدون از اقدامات اجرایی برنامه بازدید بعمل آورند و بر اساس تجزیه و تحلیل چک لیستهای نظارتی (نمونه چک لیست مشکلات سلامت در کتاب یاران چند پیشه) گزارش بازدید خود را در جلسات کمیته بین بخشی استان و شهرستان ارائه نمایند تا برای مشکلات و موانع موجود در اجرای برنامه راه حل های مناسب تعیین شود. در جلسات کمیته بین بخشی استان و شهرستان هر یک از بخش ها گزارش پیشرفت اقدامات اجرایی را ارائه نمایند. پیگیری موارد با نظارت استاندار و فرماندار و از طریق مرکز بهداشت استان و شهرستان انجام می شود.

## پایش و نظارت بر اجرای برنامه حمایتی:

پایش و نظارت بر فعالیت های اجرایی برنامه توسط تیم نظارت بین بخشی ستادی، استانی و شهرستانی باید انجام شود. این تیم متشکل از نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دفتر بهبود تغذیه جامعه)، کمیته امداد امام خمینی (معاونت امور حمایت خانواده)، وزارت رفاه و تامین اجتماعی (دفتر فقر زدایی)، سازمان بهزیستی (دفتر امور زنان و خانواده) می باشد که بر اساس برنامه زمان بندی شده از اقدامات اجرایی برنامه بازدید به عمل می آورند و پس از تعیین نقاط قوت و ضعف راهکارهای اجرایی را تعیین می کنند.

پایش و ارزشیابی برنامه مشارکتی - حمایتی  
بر اساس فرم ها و دستور عمل های مرتبط با آن

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

محرمانه

نامه شماره (۱)

بسمه تعالی

شماره نامه:

تاریخ: / /

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

سلام علیکم

احتراماً، بدینوسیله فهرست کودکان مبتلا به اختلال رشد معرفی می گردد. خواهشمند است در صورت احراز شرایط و ضوابط، جهت بهره مندی نامبردگان از خدمات حمایتی آن نهاد دستور مقتضی صادر فرمائید.

وم

ن ا...

التوفیق

رئ

یس مرکز

بهداشتی

درمانی

.....

مها

ر وامضاء

اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

نامه شماره (۲)

بسمه تعالی

ریاست محترم مرکز بهداشتی درمانی .....

سلام علیکم

احتراماً، عطف به نامه شماره ..... مورخ ..... به پیوست نتایج ارزیابی

حمایتی در فرم تکمیل شده شماره ۱ جهت اطلاع و اقدام لازم ارسال می گردد

وم

ن ا...

التوفیق

رئ

یس

کمیته

امداد امام

خمینی

(ره)

شا

خه

.....

.....

مه

ر وامضاء

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

دستور عمل فرم شماره ۱:

این فرم شامل ۸ ستون می باشد که از ستون ۲ لغایت ۶ توسط کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و ستون های ۷ و ۸ توسط امداد گران کمیته امداد امام تکمیل می گردد. بهورزان خانه های بهداشت و کارکنان پایگاه های بهداشتی موظف هستند کودکان دچار اختلال رشد (بر اساس تعاریف صفحه ۲۰ دستور عمل) تحت پوشش آن مرکز را شناسایی نموده و فرم مذکور را تکمیل نمایند. این فرم باید در اولین مرحله شناسایی کودکان دچار اختلال رشد تکمیل و حداکثر هر ۲ هفته یکبار از خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشتی به مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی مربوطه ارسال گردد. هر ۶ ماه یکبار پس از پایش برنامه اسامی کل کودکان مجدداً طی همین فرم شماره ۱ از مراکز بهداشتی درمانی به کمیته امداد ارسال می گردد ضمناً فهرست آن دسته از کودکانی که پس از ۶ ماه دریافت سبب بهبود یافته اند در فرم فوق ثبت نمی شود.

مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی باید پس از جمع بندی اسامی کودکان طی یک هفته لیست فوق را به شاخه کمیته امداد امام خمینی شهرستان مربوطه ارسال نماید. امدادگران کمیته امداد امام نیز موظف هستند طی دو هفته پس از بررسی وضعیت معیشتی خانواده وضعیت کودک از نظر بهره مند شدن از برنامه حمایتی را تعیین نموده و پس از تکمیل ستون های ۷ یا ۸ فرم مذکور نتیجه را به مراکز بهداشتی شهری/روستائی ارسال نمایند. مسئولین مراکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی موظف هستند هر ماه یک نسخه از نتایج اعلام شده شاخه کمیته امداد (مطابق فرم شماره ۱) را به مرکز بهداشت شهرستان ارسال نمایند. مراکز بهداشت هر شهرستان باید تعداد کودکان معرفی شده، تحت پوشش برنامه و بهبود یافته را هر ۶ ماه یکبار به مرکز بهداشت استان را اعلام نمایند و مرکز بهداشت استان نیز باید آمار فوق را هر ۶ ماه یکبار در عملکرد برنامه گنجانده و به ستاد ارسال نماید.

نامه شماره (۳)

بسمه تعالی

شماره:

تاریخ: / /

ریاست محترم مرکز بهداشتی درمانی .....

سلام علیکم

احتراماً، بدینوسیله..... فرزند ..... متولد: / / جهت  
ارزیابی وضعیت رشد و تغذیه معرفی می گردد. خواهشمند است در صورتی که مشمول برنامه  
مشارکتی - حمایتی بهبود وضع تغذیه کودکان قرار می گیرد مطابق فرم زیر اعلام گردد.

رئی

س مجتمع

بهبودی

.....

مها

ر و امضاء

..... ریاست محترم مجتمع بهبودی

اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شماره:

تاریخ: / /

سلام علیکم

احتراماً، در پاسخ به درخواست فوق نامبرده واجد شرایط دریافت سبد غذایی ماهانه

نمی باشد

می باشد

رئیس شبکه

بهداشت

درمان

شهرستان

.....

رئیس

مرکز

بهداشتی

درمانی

.....

مهر

وامضاء

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

# پیوست

فرم پایش و -

ارزشیابی

دستور عمل تکمیل -

فرم ها

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!



اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره ۱: پایش و ارزشیابی برنامه مشارکتی - حمایتی یا حمایتی  
بهبود وضع تغذیه کودکان (ویژه کودکان مشمول طرح)

شماره پرونده خانوار: نام استان: نام شهرستان: تاریخ: / /

نام مرکز بهداشتی درمانی: نام خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی:

اطلاعات مربوط به کودک:

نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: / /  
آدرس:

ردیف	زمان مراجعه	تاریخ اولین مراجعه	تاریخ مراجعات بعدی									
			شاخص ها									
۱	سن (ماه)											
۲	جنس	دختر										
		پسر										
۳	وزن (کیلوگرم)											
۴	قد (سانتی متر)											
۵	اختلال رشد	دارد										
		ندارد										
۶	سوء تغذیه شدید یا کم وزنی شدید	دارد										
		ندارد										
۷	دریافت مکمل آهن	بلی										
		خیر										
۸	دریافت مکمل ویتامین A و D یا مولتی ویتامین	بلی										
		خیر										
۹	دریافت سبب غذایی	بلی										
		خیر										

اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

م

و

ا

م

ض

ا

ی

ت

ک

م

ی

ل

ک

ن

ن

د

ه

ف

ر

م

:

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

## تکمیل فرم شماره ۱:

این فرم برای کلیه کودکان تحت پوشش برنامه مشارکتی - حمایتی یا حمایتی توسط کارکنان بهداشتی مناطق شهری/روستایی تکمیل شده و در پوشه مخصوص نگهداری می شود.

### نحوه تکمیل فرم:

ابتدا شماره پرونده خانوار، برای آن دسته از کودکانی که تحت پوشش آن مرکز بهداشتی درمانی هستند. بر اساس اطلاعات موجود ثبت گردد و در صورتی که تحت پوشش نباشد برای او پرونده جدیدی تشکیل و سپس شماره آن ثبت شود. نام استان، شهرستان، مرکز بهداشتی درمانی مربوطه و خانه بهداشت نیز ثبت گردد.

اطلاعات عمومی کودک شامل نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد و آدرس محل سکونت وی در سطر بعدی ثبت گردد.

سپس اطلاعات مورد نیاز جدول به شرح زیر تکمیل شود:

ابتدا سن کودک بر حسب ماه محاسبه و ثبت گردد. پس از آن جنس کودک بر حسب دختر یا پسر بودن با علامت  $\sqrt{\quad}$  مشخص گردد. **وزن و قد او** نیز به طور دقیق اندازه گیری و در ردیف های مربوطه ثبت شود. وضعیت کودک از نظر ابتلا به سوء تغذیه شدید و یا اختلال رشد (بر اساس تعاریف آن در دستور عمل برنامه) مشخص گردد.

در ردیف های ۷ و ۸ جدول، وضعیت دریافت مکمل آهن، مولتی ویتامین و ویتامین A و D به صورت منظم و حتی غیر منظم، با انتخاب گزینه بلی و در غیر این صورت با گزینه خیر مشخص گردد. وضعیت دریافت سبب غذایی توسط خانوار، (به صورت منظم یا غیر منظم) نیز در ردیف نهم ثبت شود.

لازم به ذکر است توالی تاریخ مراجعه کودکان مطابق دستور عمل برنامه مانا یا پایش رشد کودکان ثبت شود. در خاتمه لازم است نام و امضای فردمسئولی که اولین بار مشخصات کودک را ثبت نموده در پایین فرم مشخص گردد.

اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره ۲: گزارش برنامه مشارکتی - حمایتی  حمایتی

تاریخ:

مرکز بهداشت: مرکز بهداشتی درمانی روستایی/شهری .....

خانه بهداشت/پایگاه بهداشت:

تعداد خانوارهای تحت پوشش (الف): تعداد خانوارهای تحت پوشش برنامه حمایتی (ب):

تعداد خانوارهای دارای کودک زیر ۱ سال (ج):

تعداد کل کودکان تحت پوشش در برنامه از قبل (د)	ویژه خانوارهای تحت پوشش برنامه
تعداد کل کودکان جدید در برنامه طی ۶ ماهه اخیر (ه)	
تعداد کل کودکان بهبود یافته در ۶ ماهه اخیر (و)	
تعداد کل کودکان فوت شده در ۶ ماهه اخیر (ز)	
تعداد کل کودکان خارج شده از برنامه در ۶ ماهه اخیر (ح)	
تعداد کل کودکان ترخیص شده (ط): ز+ح	
تعداد کل کودکان تحت پوشش در حال حاضر (ی): ط - ه + د	ویژه کلیه خانوارها
تعداد خانوارهای دارای توالد بهداشتی (ل)	
تعداد مادران آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی عملی (م)	
تعداد خانوارهای دارای باغچه خانگی سبزی ها (ن)	

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:

سمت:

امضاء:

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

#### فرم شماره ۲:

این فرم توسط کارکنان بهداشتی خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی هر ۶ ماه یکبار تکمیل و به مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا مرکز بهداشتی درمانی شهری ارسال می گردد.

#### نحوه تکمیل فرم:

ابتدا نام برنامه مورد اجرا در مناطق تحت پوشش را با قرار دادن علامت ۱ در مربع های مربوطه مشخص و سپس نام مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی و خانه بهداشت/ پایگاه بهداشت ثبت گردد.

#### تعاریف:

**تعداد خانوارهای تحت پوشش (الف):** عبارت است از کلیه خانوارهای تحت پوشش خانه

بهداشت/ پایگاه بهداشتی/ مراکز بهداشتی درمانی شهری در زمان تنظیم گزارش

**تعداد خانوارهای تحت پوشش برنامه حمایتی (ب):** عبارت است از کلیه خانوارهایی که در طی ۶

ماهه اخیر حداقل برای ۱ بار کمک غذایی دریافت نموده اند.

**تعداد خانوارهای دارای کودک زیر یکسال (ج):** عبارت است از کلیه خانوارهای تحت پوشش خانه

بهداشت/ پایگاه بهداشتی دارای کودک زیر ۱ سال در زمان تنظیم گزارش

**توجه:** پاسخ به اطلاعات بندهای د لغایت ی مربوط به مناطقی است که برنامه حمایتی در حال اجرا

است و بندهای ل لغایت ن مربوط به مناطقی است که برنامه حمایتی، مشارکتی یا مشارکتی - حمایتی

در حال اجرا است.

**تعداد کل کودکان تحت پوشش در برنامه از قبل (د):** عبارت است از کلیه کودکانی که سبد

غذایی را از قبل دریافت می کرده اند. بنابراین در مراکزی که برای اولین بار گزارش را ارائه

می نمایند آمار تعداد این کودکان برابر صفر خواهد بود.

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

**تعداد کل کودکان جدید در برنامه طی ۶ ماهه اخیر (هـ):** عبارت است از کودکانی که در ۶ ماهه گذشته به کمیته امداد یا سازمان بهزیستی معرفی و مورد تایید قرار گرفته و سبد غذایی دریافت می کنند.

**تعداد کل کودکان بهبود یافته در ۶ ماهه اخیر (و):** عبارت است از کل کودکانی که در طی ۶ ماهه اخیر از برنامه مورد اشاره بهره مند بوده و در زمان تنظیم گزارش اختلال رشد یا سوء تغذیه آن ها بر طرف شده است.

**تعداد کل کودکان فوت شده در ۶ ماهه اخیر (ز):** عبارت است از کل کودکانی که در طی ۶ ماهه اخیر از برنامه مورد اشاره بهره مند بوده و فوت شده اند.

**تعداد کل کودکان خارج شده از برنامه در ۶ ماهه اخیر (ح):** عبارت است از کل کودکانی که در طی ۶ ماهه اخیر به دلایلی غیر از بهبودی یا فوت (نظیر مهاجرت، امتناع از دریافت کمک غذایی، رسیدن به سن بعد از ۶ سالگی یا بهبودی پس از ۳ سالگی) از برنامه خارج شده اند. (بر اساس تعاریف دستور عمل)

**تعداد کل کودکان ترخیص شده (ط):** حاصل جمع اطلاعات (بخش ز و ح) می باشد. که در حقیقت مجموع کل کودکان فوت شده و خارج شده از برنامه در ۶ ماهه اخیر است.

کل کودکان فوت شده در ۶ ماهه اخیر + کل کودکان خارج شده از برنامه در ۶ ماهه اخیر = کل کودکان ترخیص شده

**تعداد کل کودکان تحت پوشش در حال حاضر (ی):** ابتدا کل کودکان تحت پوشش بر اساس گزارش قبلی را با کل کودکان جدید در این برنامه را جمع نموده و سپس آن را از کل کودکان ترخیص شده کسر نمائید. به این ترتیب تعداد کل کودکان تحت پوشش آن مرکز در زمان گزارش دهی مشخص خواهد شد. ط - (ه + د)

کل کودکان ترخیص شده - (کل کودکان جدید در برنامه + کل کودکان قدیم تحت پوشش) = تعداد کل کودکان تحت پوشش برنامه

**تعداد خانوارهای دارای توالد بهداشتی (ل):** عبارت است از کلیه خانوارهای تحت پوشش خانه بهداشت/مراکز بهداشتی درمانی که دارای توالد بهداشتی می باشند.

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

منظور از توالیت بهداشتی، توالیتی است که دارای اتاقکی با سقف و دیوار مشخص و چاه با مخزن جمع آوری فاضلاب بوده و درون محوطه آن و یا نزدیکی آن آب برای شستشو قرار داشته باشد و دیوارهای آن تا ۱۵ سانتی متر قابل شستشو باشد.

**تعداد مادران آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی به صورت عملی (م):** عبارت است از تعداد کل مادران دارای کودک زیر یکسال تحت پوشش خانه بهداشت/ مراکز بهداشتی درمانی در طی ۶ ماهه اخیر که حداقل برای یکبار در کلاس های آموزش عملی پخت غذای کمکی شرکت نموده اند.

**تعداد خانوارهای دارای باغچه خانگی سبزی ها (ن):** عبارت است از کلیه خانوارهای تحت پوشش خانه بهداشت/ مرکز بهداشتی درمانی که بر اساس توصیه های کارکنان بهداشتی به احداث باغچه در محوطه خانه خویش همت نموده اند.

#### مثال:

خانه بهداشتی که برنامه مشارکتی - حمایتی بهبود وضعیت تغذیه کودکان را از ۱ سال پیش به مورد اجرا گذاشته است در حال حاضر دارای ۱۲۰ خانوار می باشد از این تعداد ۲۵ خانوار در طی ۶ ماهه گذشته حداقل یکبار کمک غذایی دریافت نموده اند. تعداد خانوارهای دارای کودک زیر یکسال این مرکز نیز برابر ۷ خانوار می باشد بنابراین:

الف=۱۲۰

ب=۲۵

ج=۷

بر اساس گزارش بهورز، تعداد کودکانی که از قبل تحت پوشش برنامه بوده اند ۲۶ نفر بوده است و تعداد ۱۰ نفر نیز در طی ۶ ماهه گذشته به این برنامه اضافه شده اند. همچنین مشکل سوء تغذیه یا اختلال رشد ۱۸ کودک از مجموعه کودکان تحت پوشش برنامه در طی ۶ ماهه اخیر برطرف شده است.

۱ کودک فوت شده و ۲ کودک نیز به دلیل رسیدن به سن بیش از ۶ سالگی از برنامه خارج شده اند:

د=۲۶    ه=۱۰    و=۱۸    ز=۱    ح=۲

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

بنابراین تعداد کل کودکان ترخیص شده این واحد برابر  $۱+۲=۳$  است.  $ط=۳$

همچنین کل کودکان تحت پوشش در حال حاضر نیز با محاسبه زیر، ۳۳ کودک می باشد.

$$۲۶+۱۰-۳=۳۳ \quad \text{ی} = \text{ط} - (\text{ه} + \text{د})$$

از ۱۲۰ خانوار تحت پوشش خانه بهداشت نیز، ۱۰۰ خانواده دارای توالد بهداشتی و ۸۰ خانواده دارای

باغچه خانگی سبزی ها می باشند.  $ن=۸۰$   $ل=۱۰۰$

کلیه مادران خانوارهای دارای کودک زیر یکسال (۷ نفر) نیز در کلاس های آموزش عملی تغذیه

تکمیلی شرکت نموده اند بنابراین  $۷=م$  خواهد بود.



اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره ۳: شاخص عملکرد برنامه مشارکتی - حمایتی

مرکز بهداشتی درمانی روستایی/شهری .....

مرکز بهداشت شهرستان .....

خانه بهداشت/پایگاه بهداشت:

تعداد خانوارهای تحت پوشش برنامه حمایتی:

تعداد خانوارهای تحت پوشش پایگاه/خانه:

تعداد خانوارهای دارای کودک زیر ۱ سال:

نسبت مطلوب	نسبت فعلی	نحوه محاسبه	شاخص	ردیف	
بیشتر از ۵۰٪		(ه+د)/و	نسبت کودکان بهبود یافته	۱	ویژه خانوارهای تحت پوشش برنامه حمایتی
کمتر از ۳٪		(ه+د)/ز	نسبت کودکان فوت شده	۲	
کمتر از ۱۵٪		(د+ه)/ح	نسبت کودکان خارج شده	۳	
بیشتر از ۹۰٪		الف/ل	نسبت خانوارهای دارای توالد بهداشتی	۴	ویژه کلیه خانوارها در برنامه مشارکتی، حمایتی، مشارکتی - حمایتی
۱۰۰٪		ج/م	نسبت مادران آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی عملی	۵	
---		الف/ن	نسبت خانوارهای دارای باغچه های خانگی سبزی ها	۶	

نام و نام خانوادگی فرد تکمیل کننده:

تاریخ تکمیل فرم:

سمت:

امضاء:

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

#### تکمیل فرم شماره ۳:

این فرم توسط کارکنان بهداشتی در سطح مراکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی برای کلیه واحدهای تحت پوشش خود یعنی برای هر خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی به طور جداگانه بر اساس اطلاعات فرم شماره ۲ تکمیل و هر ۶ ماه یکبار پس از محاسبه شاخص های مورد نظر به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.

#### نحوه تکمیل:

ابتدا نام مرکز بهداشت شهرستان مراکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی، پایگاه بهداشت/خانه بهداشتی که اطلاعات را ارسال نموده است و سپس تعداد خانوارهای تحت پوشش آن پایگاه/خانه بهداشت، تعداد خانوارهای تحت پوشش برنامه حمایتی یا مشارکتی - حمایتی و نهایتاً "تعداد خانوارهای دارای کودک زیر ۱ سال ثبت می گردد.

#### نحوه محاسبه شاخص ها:

تعداد کودکان بهبود یافته در ۶ ماهه اخیر (و)

\_\_\_\_\_ = نسبت کودکان بهبود یافته

تعداد کل کودکان تحت پوشش در برنامه از قبل (د) + تعداد کل کودکان جدید در برنامه (ه)

تعداد کل کودکان فوت شده در ۶ ماهه اخیر (ز)

\_\_\_\_\_ = نسبت کودکان فوت شده

تعداد کل کودکان تحت پوشش در برنامه از قبل (د) + تعداد کل کودکان جدید در برنامه (ه)

تعداد کل کودکان خارج شده از برنامه در ۶ ماهه اخیر (ح)

\_\_\_\_\_ = نسبت کودکان خارج شده

تعداد کل کودکان تحت پوشش در برنامه از قبل (د) + تعداد کل کودکان جدید در برنامه (ه)

تعداد خانوارهای دارای توالت بهداشتی (ل)

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

\_\_\_\_\_ = نسبت خانوارهای دارای توالد بهداشتی

تعداد کل خانوارهای تحت پوشش (الف)

تعداد مادران آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی عملی (م)

\_\_\_\_\_ = نسبت مادران آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی عملی

تعداد خانوارهای دارای کودک زیر یکسال (ج)

تعداد خانوارهای دارای باغچه خانگی سبزی ها (ن)

\_\_\_\_\_ = نسبت خانوارهای دارای باغچه خانگی سبزی ها

تعداد خانوارهای تحت پوشش (الف)

لازم به ذکر است پس از محاسبه شاخص های فوق الذکر به صورت نسبت در مقابل هر ردیف در ستون ۴ (نحوه محاسبه) ثبت نمایند و سپس در ستون ۵ (نسبت فعلی) را به صورت درصد محاسبه و با نسبت مطلوب مقابل آن یعنی ستون ۶) مقایسه کنید بدین ترتیب نقاط ضعف و قوت برنامه در هر خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت مشخص می گردد.

در پایین فرم نیز تاریخ تکمیل و فرد تکمیل کننده و سمت او نیز باید ثبت گردد.

اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره ۸: شاخص عملکرد پیشرفت برنامه مشارکتی - حمایتی

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی ..... مرکز بهداشت شهرستان .....

تعداد خانوارهای تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی:

تعداد خانوارهای تحت پوشش برنامه حمایتی:

تعداد خانوارهای دارای کودک زیر ۱ سال:

ردیف	شاخص	نحوه محاسبه	نسبت فعلی	نسبت مطلوب
۱	نسبت کودکان بهبود یافته	(ه+د)/و مجموع		بیشتر از ۵۰٪
۲	نسبت کودکان فوت شده	(ه+د)/ز مجموع		کمتر از ۳٪
۳	نسبت کودکان خارج شده	(ه+د)/ح مجموع		کمتر از ۱۵٪
۴	نسبت خانوارهای دارای توالد بهداشتی	الف/ل مجموع		بیشتر از ۹۰٪
۵	نسبت مادران آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی عملی	ج/م مجموع		۱۰۰٪
۶	نسبت خانوارهای دارای باغچه های خانگی سبزی ها	الف/ن مجموع		---

تاریخ تکمیل فرم:

نام و نام خانوادگی فرد تکمیل کننده:

سمت:

امضاء:

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

#### تکمیل فرم شماره ۴:

اطلاعات این فرم توسط کارشناسان مراکز بهداشت شهرستان از کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی تحت پوشش جمع آوری و هر ۶ ماه یکبار پس از محاسبه کلیه شاخص های مورد نظر به مرکز بهداشت استان ارسال می گردد.

نحوه تکمیل این فرم مانند فرم شماره ۳ بوده و فقط در مورد هر شاخص اطلاعات مربوط به کلیه مراکز بهداشتی درمانی که به صورت نسبت است با هم جمع بندی نموده یعنی صورت ها با هم و مخرج ها با هم جمع می شود و در ستون ۴ (نحوه محاسبه) ثبت می گردد. در ستون ۵ (نسبت فعلی) از نسبت های جمع شده درصد گیری نموده و با نسبت مطلوب در ستون ۶ مقایسه می شود.

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره ۵: گزارش پیشرفت برنامه مشارکتی - حمایتی

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی .....

مرکز بهداشت شهرستان .....

تعداد خانوارهای تحت پوشش شهرستان:

تعداد خانوارهای تحت پوشش برنامه حمایتی:

تعداد خانوارهای دارای کودک زیر ۱ سال:

نسبت مطلوب	نسبت فعلی	نحوه محاسبه	شاخص	ردیف	
		(ه+د)/و مجموع	نسبت کودکان بهبود یافته	۱	ویژه خانوارهای تحت پوشش برنامه حمایتی
بیشتر از ۵۰٪		(ه+د)/ز مجموع	نسبت کودکان فوت شده	۲	
کمتر از ۳٪		(ه+د)/ح مجموع	نسبت کودکان خارج شده	۳	
		الف/ل مجموع	نسبت خانوارهای دارای توالد بهداشتی	۴	ویژه کلیه خانوارها در برنامه مشارکتی، حمایتی، مشارکتی - حمایتی
بیشتر از ۹۰٪		ج/م مجموع	نسبت مادران آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی عملی	۵	
۱۰۰٪		الف/ن مجموع	نسبت خانوارهای دارای باغچه های خانگی سبزی ها	۶	

۱- تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش برنامه ..... :

۲- تعداد خانوارهای تحت پوشش برنامه ..... :

۳- تعداد مراکز مشاوره تغذیه راه اندازی شده ..... :

۴- درصد کودکان بهبود یافته از طریق مشاوره تغذیه ..... :

۵- درصد کودکان مبتلا به سوء تغذیه شدید تحت درمان رایگان ..... :

۶- تعداد کارگاه های آموزشی یاران چند پیشه

۷- تعداد افراد شرکت کننده در کارگاه به تفکیک سازمان ها و ادارات

۸- تعداد کلاس های آموزشی برگزار شده جهت کارکنان بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نام و نام خانوادگی فرد تکمیل کننده:

تاریخ تکمیل فرم:

سمت:

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

## اداره بهبود تغذیه جامعه - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

#### امضاء:

#### تکمیل فرم شماره ۵:

اطلاعات این فرم توسط کارشناسان مسئول تغذیه در سطح استان از کلیه شهرستان های تحت پوشش جمع آوری و هر ۶ ماه یکبار پس از محاسبه کلیه شاخص های مورد نظر به دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت سلامت وزارت متبوع ارسال می گردد.

نحوه تکمیل این فرم مانند فرم های شماره ۳ و ۴ بوده و اطلاعات مربوط به کلیه شهرستان ها که به صورت نسبت است با هم جمع نموده یعنی صورت ها با هم و مخرج ها با هم جمع می شود و در ستون ۴ (نحوه محاسبه) ثبت می گردد و در ستون ۵ (نسبت فعلی) از نسبت های جمع شده درصد گیری نموده و با نسبت مطلوب در ستون ۶ مقایسه می شود و پس از ارسال به دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت سلامت وزارت متبوع، مسئول برنامه حمایتی، حمایتی - مشارکتی شهرستان های هر استان را مقایسه و فیدبک آن ها را سالانه اعلام می نمایند.

#### تعریف برخی از شاخص های خواسته شده در ردیف های ۱ لغایت ۸ پایین فرم:

#### نحوه ی محاسبه شاخص ردیف ۴:

تعداد کل کودکان بهبود یافته پس از مشاوره طی ۶ ماه گذشته

۱۰۰ × \_\_\_\_\_ = درصد کودکان بهبود یافته از طریق مشاوره تغذیه

تعداد کل کودکان مبتلا به سوء تغذیه معرفی شده به مراکز مشاوره

#### نحوه محاسبه شاخص ردیف ۵:

تعداد کل کودکان مبتلا به سوء تغذیه شدید بستری شده

۱۰۰ × \_\_\_\_\_ = درصد کودکان مبتلا به سوء تغذیه شدید تحت درمان رایگان

تعداد کل کودکان مبتلا به سوء تغذیه معرفی شده به بیمارستان